

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TRAUMATISMES DANS L'ENFANCE ET ÉTAT D'ESPRIT  
HOSTILE/IMPUISSANT CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS MALTRAITÉS  
PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT À L'ÂGE  
PRÉSCOLAIRE

ESSAI  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MICHÈLE SAUVÉ

MARS 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.03-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mes deux co-directrices d'essai, Mesdames Ellen Moss et Chantal Cyr. Mes sincères remerciements à Ellen qui m'a donné ma chance. Je la remercie pour ses conseils judicieux et pour avoir partagé son expérience avec moi. Je désire remercier Chantal pour son soutien très concret dans la rédaction de cet essai, pour sa grande disponibilité ainsi que pour ses précieux encouragements. Mes remerciements à Jean Bégin dont le soutien a été très apprécié.

Merci à Katherine Pascuzzo pour ses judicieux conseils. Un merci bien spécial à Vanessa Lecompte pour son écoute, ses encouragements, son aide si précieuse et les nombreux rires partagés. Je remercie Amélie Blondin d'être la personne qu'elle est et une amie précieuse. Je remercie affectueusement Isabelle Gobeil, mon amie de toujours. À mes collègues Kim, Isabelle et Marilyne, merci d'avoir été là pour moi.

Je tiens à exprimer ma gratitude à ma mère, mon père et ma belle-mère pour leur soutien dans cette aventure qu'est la réorientation de carrière. Ils m'ont soutenue ainsi que toute ma petite famille. Merci pour votre disponibilité, les petits plats préparés, le temps consacré à vos petits-fils et tous les services rendus. Merci aussi à ma sœur Johanne qui, même de loin, a su trouver les bons mots pour me pousser à continuer.

Finalement, je ne pourrais avoir accompli tout cela sans mon conjoint Éric, qui m'a soutenue de façon inconditionnelle. Il m'a permis de réaliser mes aspirations et de vivre selon mes convictions. Je t'aime. Merci à mes deux fils, Tristan et Sacha, qui, je l'espère, n'auront pas trop souffert de voir leur mère s'isoler dans son bureau pour rédiger. Vous m'avez encouragée jusqu'au bout en croyant toujours que je pouvais y arriver. Vous êtes ma plus grande fierté. Je vous aime plus que tout.

## TABLE DES MATIÈRES

|   |     |
|---|-----|
| REMERCIEMENTS .....   | ii  |
| LISTE DES FIGURES .....   | v   |
| LISTE DES TABLEAUX .....  | vi  |
| RÉSUMÉ .....  | vii |
| CHAPITRE 1  |     |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE .....   | 1   |
| 1.1 Introduction .....  | 2   |
| 1.2 Définition de la maltraitance .....   | 2   |
| 1.3 Situation de la maltraitance au Canada et au Québec .....   | 4   |
| 1.4 Modèle écologique-transactionnel de la maltraitance .....   | 5   |
| 1.5 Problèmes de comportement dans un contexte de maltraitance parentale .....  | 11  |
| 1.6 Liens entre les problèmes de comportement des enfants et les ressources<br>personnelles du parent et son histoire avec ses propres figures<br>d'attachement ..... | 12  |
| 1.6.1 Traumatismes de l'enfance chez les parents et problèmes de<br>comportement intériorisés et extériorisés .....   | 13  |
| 1.6.2 États d'esprit Hostile/Impuissant et problèmes de<br>comportement extériorisés et intériorisés .....  | 14  |
| 1.7 Objectifs .....   | 16  |
| CHAPITRE II   |     |
| CHILDHOOD TRAUMA, PARENTAL HOSTILE/HELPLESS STATE OF MIND,<br>AND BEHAVIOR PROBLEMS IN MALTREATED PRESCHOOLERS .....  | 17  |
| Abstract .....  | 19  |
| Introduction .....  | 20  |
| Method .....  | 29  |
| Results .....   | 33  |

|  |     |
|--|-----|
| Discussion .....                                       | 37  |
| References.....  | 42  |
|  |     |
| CHAPITRE III   |     |
| DISCUSSION GÉNÉRALE .....                              | 58  |
| 3.1 Résultats.....                                     | 59  |
| 3.2 Limites de l'étude et recherches futures .....     | 62  |
| 3.3 Implications cliniques des résultats .....         | 64  |
|  |     |
| APPENDICE A  |     |
| FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....                        | 70  |
|  |     |
| APPENDICE B  |     |
| INSTRUMENTS .....                                      | 74  |
|  |     |
| RÉFÉRENCES (Introduction et Discussion générale) ..... | 105 |

## LISTE DES FIGURES

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Figure 1 | Interaction effects on externalizing behaviors.....  | 56 |
| Figure 2 | Interaction effects on internalizing behaviors ..... | 57 |

## LISTE DES TABLEAUX

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tableau 1 | Descriptive statistics for study variables .....                    | 54 |
| Tableau 2 | Hierarchical regression analyses predicting child behavior problems | 55 |

## RÉSUMÉ

Cet essai doctoral a pour but d'évaluer le lien entre les traumatismes de l'enfance, les états d'esprit Hostile/Impuissant (H/I) chez des parents maltraitants et les problèmes de comportement chez leurs enfants d'âge préscolaire. L'échantillon est composé de 61 dyades parent-enfant recrutées par le biais de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) et des services sociaux (CLSC) de la région de Lanaudière, au Québec. Les traumatismes de l'enfance chez les parents ont été évalués avec le Child Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998), les états d'esprit avec l'Entrevue d'Attachement Adulte (Main & Goldwyn, 1998) et la grille de codification pour les états d'esprits H/I (Lyons-Ruth, Melnick, Yellin, & Atwood, 1995-2005) et les problèmes de comportement à l'aide du Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2000). La procédure a été effectuée lors de deux visites à domicile auprès des familles lorsque les enfants étaient âgés entre 12 mois et 6 ans dans le cadre d'une étude sur l'efficacité d'une intervention basée sur la théorie de l'attachement.

Les résultats suggèrent que les enfants dont les parents ont subi des traumatismes dans l'enfance et qui démontrent un état d'esprit Hostile/Impuissant présentent davantage de problèmes de comportement, tant intériorisés qu'extériorisés. Pour les enfants dont les parents ne présentent pas un état d'esprit H/I, l'association entre les traumas de l'enfance et les problèmes de comportement chez les enfants n'est pas significative.

Ces résultats montrent que l'absence d'un état d'esprit H/I (ou la présence d'un état d'esprit organisé) est un facteur de protection pour l'enfant. Sur le plan théorique, cet essai met en évidence les liens entre les traumatismes vécus par le parent dans l'enfance, les états d'esprit H/I en regard de l'attachement et les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Sur le plan appliqué, ces résultats soutiennent l'importance d'intervenir tôt auprès des parents ayant subi de la maltraitance afin de prévenir les difficultés d'adaptation ultérieures chez leurs enfants.

**Mots-clés:** maltraitance, problèmes de comportement, traumatismes, état d'esprit Hostile/Impuissant.



**CHAPITRE I**  
**INTRODUCTION GÉNÉRALE**

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1.1 Introduction

La maltraitance envers les enfants est un grave problème de société. Elle cause des blessures et de la souffrance et elle engendre des coûts énormes en matière de santé et de services à la communauté. La maltraitance a également des effets dévastateurs sur le développement social, émotif et cognitif des enfants (Cicchetti & Valentino, 2006). Notamment, ces enfants présentent un risque beaucoup plus élevé de développer des symptômes intériorisés et extériorisés de psychopathologie (Cicchetti & Toth, 1995; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Pears & Capaldi, 2001; Toth, Cicchetti, & Kim, 2002). Ceux-ci peuvent affecter lourdement la trajectoire développementale de l'enfant et se présentent sous la forme de multiples problèmes dont la dépression, l'anxiété, l'isolement, l'agressivité, l'opposition et l'impulsivité. Les jeunes adultes présentant une histoire de négligence reçoivent davantage de diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT), ont davantage de risque d'être arrêtés pour avoir commis un crime et présentent davantage de difficultés académiques (Nikulina, Spatz-Widom, & Czaja, 2011). De plus, les enfants maltraités qui deviennent parents sont plus à risque de maltraiter leurs propres enfants et d'ainsi perpétuer la transmission intergénérationnelle de l'abus (Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011).

### 1.2 Définition de la maltraitance

La définition de la maltraitance la plus largement utilisée par les communautés scientifiques et cliniques réfère à l'abus physique, sexuel, émotionnel ainsi qu'à la négligence (Cicchetti & Valentino, 2006). L'abus physique envers un enfant est défini comme l'utilisation intentionnelle de la force physique qui résulte en une

blessure ou un risque de blessure ou une atteinte à la santé, au développement ou à la dignité de l'enfant (World Health Organisation; WHO, 2002). L'abus sexuel d'un enfant est défini comme la participation de l'enfant dans des activités sexuelles qu'il ne comprend pas, pour lesquelles il n'est pas consentant ou pas préparé au plan développemental ou toute activité à caractère sexuel qui va à l'encontre des lois ou des tabous sociaux. L'abus émotionnel ou psychologique se définit comme des incidents isolés ou des pratiques parentales chroniques où le parent ne fournit pas à l'enfant un environnement approprié pour son développement. Ce type d'abus présente de fortes probabilités d'avoir un impact négatif sur la santé physique et psychologique de l'enfant ainsi que sur son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. L'abus émotionnel ou psychologique inclut, entre autres, les menaces, le dénigrement, l'isolement, l'exploitation et le rejet (WHO, 2002). La négligence se définit comme des incidents isolés ou des pratiques parentales chroniques où le parent ne répond pas aux besoins de son enfant pour assurer un développement adéquat dans les domaines suivants : santé, éducation, développement émotif, alimentation, logement et conditions de vie sécuritaires. L'exposition à la violence conjugale est également considérée comme une forme de maltraitance émotionnelle. L'Agence de santé publique du Canada (2008) a créé une catégorie propre pour ce type de maltraitance et la définit comme une situation où l'enfant est témoin d'actes de violence entre les personnes qui prennent soin de lui. Un environnement où des conflits violents ont lieu peut entraîner la détresse et la colère chez l'enfant, celui-ci ne percevant pas son environnement comme prévisible et sécuritaire. Les impacts de la violence conjugale varient selon les individus, mais des liens clairs ont été établis entre ce type de violence et des problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants tels que l'anxiété, la dépression, l'agressivité et la désobéissance (Edleson, 1999; Fantuzzo & Mohr, 1999). De plus, un parent violenté expérimente de hauts degrés de stress et de possibles psychopathologies tels des troubles d'anxiété et de dépression en plus de l'isolement social, ce qui le rend moins disponible au plan émotionnel (Howe, 2005).

Les enfants victimes de maltraitance subissent, dans une grande proportion, plusieurs formes d'abus, ce qui les met d'autant plus à risque de développer différents problèmes au cours de leur vie. Plusieurs études rapportent qu'un nombre très important d'enfants a un profil comorbide. Selon les échantillons, entre 65% et 94% des enfants maltraités sont effectivement victimes de formes multiples de maltraitance (Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993; Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Cicchetti & Rogosch, 1997; McGee, Wolfe, & Wilson et al., 1997).

### 1.3 Situation de la maltraitance au Canada et au Québec

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI; Agence de santé publique du Canada, 2008) a répertorié, dans sa plus récente enquête, 235 842 signalements pour des enfants âgés entre 0 et 15 ans. De ce nombre, 51% concernaient des enfants de 0 à 7 ans. Du nombre total des signalements, 36% ont été corroborés, 30% étaient non-corroborés et 8% représentaient des signalements où on ne disposait pas de preuves suffisantes pour corroborer les mauvais traitements, mais où ceux-ci étaient soupçonnés par les travailleurs enquêteurs. De plus, 26% des signalements concernaient un risque futur de mauvais traitements. Parmi les cas corroborés, 34% constituaient de la négligence, 34% de l'exposition à la violence conjugale, 20% de l'abus physique, 9% de l'abus émotionnel et 3% de l'abus sexuel.

Les données de l'ECI-2008 n'incluent pas celles du Québec, car la province s'est dotée d'un système d'information commun pour tous les services à l'enfance au Québec et qui est différent de celui du reste du Canada. Au Québec seulement, au cours de l'année 2008, 68 651 signalements ont été traités dont 29 780 ont été retenus pour fin d'évaluation et dont 21% concernaient des enfants de 0 à 5 ans. Les problématiques se répartissaient comme suit : 64% de négligence, 21% de troubles de

comportement, 11% d'abus physique et 4% d'abus sexuel. Les données les plus récentes (2014-2015) rapportent 86 861 signalements dont 34 693 (40%) cas ont été retenus pour fin d'évaluation. De ce nombre, le tiers concernait des enfants de 0 à 5 ans. Les problématiques se répartissaient comme suit : 68% de négligence, 16% de troubles de comportement, 13% d'abus physique et 3% d'abus sexuel (Association des centres jeunesse du Québec, 2015).

À la lumière de ces données, il est primordial de bien comprendre les impacts de la maltraitance sur le développement des enfants, entre autres sur le plan affectif, et de poursuivre les études à cet égard.

#### 1.4 Modèle écologique-transactionnel de la maltraitance

Afin d'assurer un développement optimal chez l'enfant, l'environnement de l'enfant doit minimalement être sécurisant et prévisible (Cicchetti & Valentino, 2006). Ceci implique que l'enfant soit exposé à des donneurs de soins suffisamment adéquats, des occasions de socialiser et des opportunités d'exploration et de maîtrise de son environnement. Les facteurs de risque et de protection de l'environnement sont multiples et s'influencent mutuellement. Une des failles les plus importantes et imprévisibles de l'environnement de tout enfant est la maltraitance parentale, celle-ci allant totalement à l'encontre des attentes biologiques de l'organisme de se développer normalement. Le modèle écologique-transactionnel de la maltraitance, tel que développé par Cicchetti & Lynch (1993) et inspiré des perspectives écologiques de Bronfenbrenner (1979) et de Belsky (1980), propose que l'étiologie de la maltraitance repose sur un ensemble de facteurs de risque et de protection émanant de divers systèmes écologiques qui interagissent entre eux et modulent le développement de l'enfant. Parmi ces systèmes, on retrouve par exemple des facteurs de risque comme la pauvreté, les psychopathologies des parents ou un historique de

maltraitance chez ces derniers. Ces facteurs peuvent tous être directement liés aux actes de maltraitance envers les enfants, mais la probabilité est que ces facteurs interagissent les uns avec les autres pour expliquer la maltraitance et le développement ultérieur de l'enfant. Des transactions entre les facteurs environnementaux, contextuels, familiaux et individuels des différents systèmes écologiques sont donc attendues selon le modèle de Cicchetti et Lynch (1993). De plus, selon ce modèle, les facteurs de risque et de protection appartenant aux systèmes les plus proximaux de l'enfant auront une influence plus directe sur ce dernier. Au final, considérant la maltraitance comme un enjeu s'exprimant directement au sein de la relation parent-enfant, il est estimé, selon ce modèle, que le poids des facteurs de risque contribuant à l'occurrence de la maltraitance et des difficultés développementales de l'enfant surpasse celui des facteurs de protection.

Dans un objectif d'identification des facteurs de protection pouvant favoriser la résilience des enfants victimes de maltraitance, il devient donc important de mieux comprendre l'interaction des facteurs de risque et de protection qui se manifestent plus spécifiquement au sein des systèmes plus proximaux de l'enfant, tel le microsystème, lequel réfère à l'environnement parental immédiat. Cicchetti et Lynch (1993) proposent quatre systèmes écologiques : le macrosystème, l'exosystème, le microsystème et l'ontosystème.

### Macrosystème

Le macrosystème est composé des valeurs et des croyances culturelles qui influencent le mode de vie des individus et des familles (Cicchetti & Lynch, 1995). Dans une société où la violence est tolérée, les punitions corporelles sont monnaie courante et les droits des enfants ne sont pas considérés comme une valeur importante, la maltraitance y trouve un terreau fertile (Belsky, 1993). Aussi, dans une telle société,

les services pour les familles en difficulté risquent de ne pas être offerts ou accessibles.

En particulier, la dimension culturelle est un aspect à considérer dans l'étude de la maltraitance. L'interprétation de ce qu'est la maltraitance peut varier selon les valeurs des différents groupes culturels; ce qui est acceptable comme punition corporelle peut varier selon les cultures. Toutefois, les études qui rapportent une surreprésentation de minorités ethniques chez les enfants maltraités n'ont pu identifier de pratiques culturelles spécifiques pour expliquer le taux élevé de maltraitance chez ces enfants. Il semble que le facteur culturel interagisse avec d'autres facteurs, et c'est cet amalgame ou accumulation de facteurs de risque qui serait en cause dans cette représentation élevée d'enfants de minorités ethniques (Cicchetti & Valentino, 2006). Dans une étude récente, Stoltenborgh et ses collègues rapportent que les facteurs géographiques et culturels ne semblent pas affecter les taux de prévalence d'abus physique (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Alink, 2013).

Également, certaines cultures vivent des conditions socio-économiques précaires et il est difficile de départager ce qui, de la culture ou des conditions socio-économiques, favorise la maltraitance (Cyr, Michel, & Dumais, 2013). Par exemple, l'étude de Korbin et ses collègues (Korbin, Coulton, Chard, Platt-Houston, & Su, 1998) montre que malgré les conditions de plus grande pauvreté rencontrées chez les familles afro-américaines, le lien entre pauvreté et maltraitance est plus faible qu'au sein des communautés caucasiennes des États-Unis étant donné les valeurs propres aux deux cultures. Notamment, les communautés afro-américaines montrent davantage de cohésion sociale que les communautés caucasiennes, ce qui contribuerait à réduire le risque de maltraitance.

Exosystème

L'exosystème a trait aux structures sociales dans lesquelles évolue l'enfant et sa famille. Il inclut les écoles, les lieux de culte, les milieux de travail ainsi que le réseau social et les groupes de soutien. Ce système inclut également la disponibilité des services et des emplois ainsi que le climat socioéconomique de la région (Cicchetti & Lynch, 1995). Dans un contexte de maltraitance, l'un des facteurs de risque les plus importants de l'exosystème est la pauvreté qui impose aux familles un stress supplémentaire, ce qui peut précipiter l'adoption de comportements violents envers les enfants (Cicchetti & Valentino, 2006). Un autre facteur à considérer est la violence dans la communauté et le voisinage des familles. Les recherches ont établi un lien entre le stress engendré par ce type d'environnement et la maltraitance chez les enfants (Lynch & Cicchetti, 2002).

### Microsystème

Ce système est l'environnement immédiat de l'enfant. Il inclut le parent, son histoire, ses ressources psychologiques personnelles et la façon dont il se comporte et communique avec l'enfant. Aussi, c'est au sein du microsystème que la maltraitance a lieu. Ce système est donc non seulement pertinent à étudier en raison de sa proximité avec l'enfant, mais également parce que c'est au cœur de celui-ci que les interactions abusives et négligentes se manifestent.

Dans un contexte de maltraitance, les facteurs de risque liés aux parents sont multiples. Coohy and Braun (1997) suggèrent que l'exposition du parent à des agressions dans sa propre enfance ou avec un partenaire actuel, l'exposition à des facteurs de stress environnementaux et le peu de ressources personnelles psychosociales constituent les principaux facteurs liés au développement d'actes maltraitants. En termes de ressources psychologiques personnelles, il a été montré qu'un degré de stress parental élevé est corrélé fortement avec l'abus physique (Howe, 2005). D'autres études montrent aussi que dans les cas d'abus sévères, les



parents ont souvent des problèmes de dépression, de troubles de la personnalité, d'abus d'alcool et de drogues et de violence conjugale (Howe, 2005; Miller, Fox, & Garcia-Bechwith, 1999). Les taux de violence physique et d'abus sexuel sont deux fois plus élevés lorsque les donneurs de soins rapportent un historique d'abus d'alcool et ceci est d'autant plus élevé lorsque les deux parents présentent ce problème (Benoit & Coolbear, 2008).

La façon dont le parent se comporte et communique avec son enfant au quotidien est plus problématique dans les familles touchées par la maltraitance que dans les autres familles. En particulier, les études montrent que les parents maltraitants sont moins satisfaits de leur enfant, perçoivent que d'être parent est difficile et peu plaisant, utilisent des pratiques disciplinaires plus autoritaires, n'encouragent pas l'autonomie chez leur enfant et favorisent l'isolement de la famille (Cicchetti & Valentino, 2006, pour un résumé). Il a été montré que les parents abusifs adoptent peu de comportements de réciprocité dans leurs interactions avec leur enfant, offrent moins de soutien et sont moins attentifs et moins engagés dans le jeu avec leur enfant. Même avec des bébés, les mères maltraitantes sont plus contrôlantes, intrusives et hostiles que les autres mères (Crittenden, 1981), alors que les mères négligentes sont plus désengagées et peu compétentes pour établir des limites claires.

Les études ont montré que les parents avec une histoire de maltraitance dans leur enfance sont plus à risque de maltraiter leurs propres enfants. Toutefois, les taux d'incidence sont très variables entre les différentes études. Plusieurs facteurs de protection et de vulnérabilité sont en cause dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Notamment, la présence d'un partenaire violent, un faible niveau d'éducation, des troubles mentaux chez le parent et des antécédents criminels augmentent le risque de maltraitance envers les enfants (Duffy, Hughes, Asnes, & Leventhal, 2015; Sidebotham & Heron, 2006). Également, les parents avec une histoire personnelle de maltraitance ont davantage d'attributions négatives et de

perceptions erronées et irréalistes au sujet de leur enfant et entretiennent des interactions moins positives que les parents n'ayant pas subi de maltraitance dans l'enfance (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005). Notamment, une étude a montré que ces caractéristiques parentales combinées avec l'ensemble des autres facteurs de risque agissent en tant que médiateur dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Dixon, Hamilton-Giachritsis, & Browne, 2005). Toutefois, tous les parents abusés dans l'enfance ne deviennent pas abusifs pour autant. Ceux ayant reçu du soutien de la part de leur conjoint, ayant eu une relation significative avec un adulte dans leur enfance ou ayant eu accès à de l'aide thérapeutique au cours de l'adolescence ou de l'âge adulte peuvent réussir à briser le cycle de la violence (Howe, 2005).

### Ontosystème

L'ontosystème concerne les caractéristiques innées et acquises de l'enfant aux plans physique, émotionnel, intellectuel et comportemental. Dans une perspective écologique-transactionnelle, le développement de l'enfant est une séquence de tâches à accomplir qui sont liées à l'âge et aux stades de développement. L'enfant doit résoudre les tâches de chaque étape pour être en mesure d'accomplir celles du prochain stade. Ces tâches incluent le développement moral, les habiletés de régulation des émotions, l'autonomie, les relations interpersonnelles, l'adaptation à l'école, la formation de liens d'attachement et l'organisation de la personnalité (Cicchetti & Valentino, 2006). Par exemple, un des stades très important dans le développement de l'enfant est l'acquisition d'habiletés de régulation émotionnelle. Ces habiletés dépendent des caractéristiques intrinsèques à l'enfant et des expériences d'interactions parent-enfant qui, dans un contexte de maltraitance, sont compromises. L'expérience émotionnelle de l'enfant est influencée par la réponse du parent face à l'expression de ses émotions; le parent sert alors de modèle pour l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006, pour un résumé).

Dans un environnement inadéquat, l'enfant se retrouve plus à risque de ne pas résoudre les différents stades de développement et ainsi avoir des déficits dans plusieurs sphères : processus neurobiologiques, régulation des émotions, relations d'attachement, estime de soi, développement moral, relations interpersonnelles et adaptation scolaire. Ces lacunes peuvent, à leur tour, entraîner des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, amenant ainsi l'enfant sur une trajectoire développementale à risque. Les problèmes de comportement chez l'enfant sont un bon indice de son fonctionnement global, à savoir de l'ontosystème de ce dernier. Leur évaluation est donc importante compte tenu de leur association avec une multitude de difficultés développementales présentées par l'enfant.

### 1.5 Problèmes de comportement dans un contexte de maltraitance parentale

Les problèmes de comportement chez l'enfant entraînent des conséquences néfastes pour celui-ci, sa famille et la société. Les problèmes extériorisés comprennent l'agressivité et l'opposition (Achenbach, 1991) et l'hyperactivité est considérée comme un trouble associé (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Liu, 2004). Ces comportements sont remarqués, car ils dérangent en milieu scolaire et dans le milieu de vie. Bien que certains comportements extériorisés soient dans la norme dans l'enfance, s'ils perdurent, ils peuvent entraîner des difficultés tout au long de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte (Moffitt, 1993; Shaw, Winslow, & Flanagan, 1999), tels que des comportements violents et délinquants (Broidy et al., 2003; Campbell et al., 2000). Quant aux problèmes intériorisés, ils sont caractérisés par un désordre de l'humeur et des émotions et ils se manifestent sous la forme de symptômes d'anxiété, de dépression et d'isolement social (Achenbach, 1991). Ces problèmes ont montré une stabilité dans le temps, ce qui met l'enfant à risque de développer d'autres problèmes importants dans le futur telles que les difficultés

académiques, le retrait social, l'abus de substances et les idéations suicidaires (Fanti & Henrich, 2010; Hammen & Rudolph, 2003; Reitz, Dekovic, & Meijer, 2005).

Un ensemble de facteurs permettent d'expliquer l'apparition des problèmes de comportement chez les enfants. Ces facteurs peuvent être familiaux, socio-économiques, génétiques ou propres à l'enfant (Coulton, Korbin, & Sue, 1999; Fergusson & Lynskey, 1997; Loeber & Hay, 1997; Rutter, Giller, & Hagell, 1998). Parmi les facteurs en lien avec la famille, la maltraitance est largement reconnue pour son impact négatif sur la trajectoire développementale des enfants. Les effets néfastes de la maltraitance ont été largement documentés dans les écrits. Kim et Cicchetti (2004) ont montré que la maltraitance a un effet direct sur les problèmes intériorisés (retrait, plaintes somatiques, anxiété et dépression) et extériorisés (agressivité et comportements délinquants) chez les enfants de 7 à 12 ans. De façon générale, les études montrent que le taux de prévalence de certains diagnostics psychiatriques est également plus élevé chez les enfants maltraités que chez les enfants non-maltraités (trouble de l'opposition, état de stress post-traumatique, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, troubles anxieux, dépression, abus de substance; Browne & Finkelhor, 1986; Famularo, Kinscherff & Fenton, 1992; Putnam, 2003).

#### 1.6 Liens entre les problèmes de comportement des enfants et les ressources personnelles du parent et son histoire avec ses propres figures d'attachement

Les conséquences à long terme de la maltraitance étant bien démontrées dans les études empiriques, il est essentiel d'en étudier les facteurs contributifs. Deux de ces facteurs sur lesquels il est important de s'attarder sont les ressources du parent et son histoire personnelle avec ses propres figures d'attachement, facteurs qui sont proximaux à l'enfant. Ces facteurs ont, de ce fait, davantage d'impact sur le développement des enfants maltraités et ont été peu étudiés en lien avec les

problèmes de comportement jusqu'à maintenant.

#### 1.6.1 Traumatismes de l'enfance chez les parents et problèmes de comportement intériorisés et extériorisés

Des études ont montré que les traumatismes vécus par les parents dans l'enfance ont une influence sur leurs comportements et leurs pratiques parentales avec leurs enfants. La maltraitance peut se transmettre à la prochaine génération de différentes façons : le parent abuse son propre enfant, est complice d'un autre parent maltraitant, est incapable de protéger son enfant de l'abus ou a de grandes difficultés à prendre soin de son enfant (Walker, 1999). Un individu qui a été maltraité dans son enfance devient parent avec des souffrances et des traumatismes plus ou moins résolus, ce qui affecte ses pratiques parentales et par le fait même le développement de son enfant. La théorie de Fraiberg, Adelson, et Shapiro (1975) tel que présentée dans le livre «Ghosts from the nursery», aborde l'influence implicite des expériences de peur, de violence et d'impuissance vécues dans la jeune enfance sur les pratiques parentales punitives ou négligentes (Lieberman, Padron, Van Horn, & Harris, 2005). Le parent ayant été victime d'abus est plus à risque d'interpréter de façon erronée les signaux de son enfant (détresse, besoins divers) et de les considérer comme des signes malveillants à son égard et de ce fait, d'y répondre avec colère et rejet. Les comportements et les attributions négatives du parent ont pour effet d'amener l'enfant à intérioriser un concept de soi indigne de recevoir l'amour de son parent, ce qui affecte négativement sa trajectoire développementale (Lieberman et al., 2005).

Rijlaarsdam et ses collègues (2014) ont évalué, dans un échantillon normatif, le lien entre la maltraitance vécue par les mères et les problèmes intériorisés et extériorisés chez leurs enfants. Cette étude a montré que la maltraitance vécue par la mère dans son enfance est liée à des comportements d'hostilité envers son enfant à l'âge de 3

ans, lesquels prédisent ultérieurement davantage de comportements intériorisés et extériorisés chez l'enfant à l'âge de 6 ans. Dans une autre étude longitudinale évaluant la maltraitance des mères dans l'enfance et l'ajustement de l'enfant dans le temps (Collishaw, Dunn, O'Conner, Golding, & The Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team, 2007), il a aussi été montré que les problèmes d'ajustement augmentent en fonction de la sévérité de l'abus vécu par la mère (sexuel, physique ou émotionnel). Ces problèmes se présentent sous la forme de problèmes de conduite, d'hyperactivité, de symptômes émotionnels, de problèmes relationnels avec les pairs et de comportements antisociaux chez les enfants à l'âge de 4 ans.

#### 1.6.2 État d'esprit Hostile/Impuissant et problèmes de comportement extériorisés et intériorisés

Un des facteurs parentaux les plus susceptibles d'être lié aux problèmes de comportement chez les enfants est la représentation qu'un parent se fait de ses propres expériences d'attachement à l'enfance. Selon Bowlby (1973), les interactions d'un enfant avec son donneur de soins mènent à l'élaboration de modèles opérants internes d'attachement ou de représentations d'eux-mêmes et de leur donneur de soins et ces modèles guident ses comportements dans un ensemble de circonstances différentes. Lorsque le parent répond de façon sensible aux besoins de son enfant, celui-ci se construit une image de soi digne d'amour et une image de son donneur de soins comme étant sensible et digne de confiance. L'enfant est alors à même d'intégrer les caractéristiques négatives et positives de soi et de l'autre de manière équilibrée. Dans le cas où le donneur de soins est rejetant, hostile ou incapable de répondre à ses besoins, l'enfant se construira une image de soi ne méritant pas les soins appropriés ou l'amour de son parent. Par exemple, il tentera de se protéger des souffrances émotionnelles en supprimant ou en ignorant sa détresse (Melnick, Finger,

Hans, Patrick, & Lyons-Ruth, 2008), ce qui peut entraîner des difficultés importantes chez ces enfants.

Des chercheurs ont étudié les liens entre l'état d'esprit face à l'attachement des parents et les problèmes de comportement chez leur enfant et ce, pour des échantillons cliniques (De Klyen, 1996; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson, & Otten, 2007; Zajac & Kobak, 2009). Les résultats de ces études montrent que les parents avec un état d'esprit insécurisant ou non-résolu en regard de l'attachement ont des enfants qui présentent davantage de problèmes de comportement. En particulier, deux études ont montré des proportions plus élevées d'états d'esprit non-résolus chez des mères maltraitantes (Adshead & Bluglass, 2005; Frigerio, Costantino, Ceppi, & Barone, 2013). Dans l'ensemble, peu d'études ont examiné les états d'esprit auprès de mères maltraitantes.

Afin de capter les états d'esprit des parents en lien avec les expériences précoces d'attachement pouvant expliquer les pratiques parentales et les interactions parent-enfant, l'Entrevue d'Attachement Adulte (AAI; Main & Goldwyn, 1998) est généralement utilisée. Dans le but d'en faire une analyse plus fine, Lyons-Ruth, Melnick, Yellin, et Atwood (1995–2005) ont développé un système de codification permettant de mieux capter, à partir du AAI, les états d'esprit Hostile/Impuissant (H/I) des parents. Spécifiquement, ce système s'intéresse aux expériences précoces d'attachement, à l'interprétation du parent de l'impact de ses expériences sur sa personnalité en tant qu'adulte, sur les expériences traumatiques vécues et sur les relations actuelles avec ses parents. L'analyse se penche également sur les contradictions et les incohérences dans le discours du participant. Une description plus détaillée du système de codification est incluse dans la section méthodologie.

La correspondance entre les états d'esprit H/I des parents et l'attachement des enfants a été étudiée auprès d'un échantillon de 45 mères présentant un taux élevé de

traumatisme dans l'enfance (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2005). Les états d'esprit H/I des mères étaient fortement associés à l'attachement désorganisé chez leur enfant. La classification H/I expliquait une importante proportion de la variance de la désorganisation de l'enfant qui n'était pas expliquée par la classification non-résolue du système de codification généralement utilisé (Main & Goldwyn, 1998). La sévérité des traumatismes vécus dans l'enfance du parent était aussi fortement liée aux états d'esprit H/I, mais l'expérience de ces traumatismes ne constituait pas un prédicteur de la désorganisation chez l'enfant en l'absence des états d'esprit H/I.

Cependant, cette étude n'a pas examiné le lien entre les états d'esprits H/I et les problèmes de comportement chez l'enfant. L'établissement d'un tel lien permettrait de montrer l'importance des représentations d'attachement du parent dans l'exercice de son rôle parental et du possible impact sur le fonctionnement de l'enfant en dehors de sa relation d'attachement avec lui. Une meilleure compréhension de ces relations permettrait de contribuer au développement de programmes d'intervention adaptés aux besoins spécifiques des dyades parent-enfant, en particulier chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire qui, dans leur quotidien, doivent composer avec de multiples règles sociales, incluant les relations avec les pairs.

## 1.7 Objectifs

L'objectif principal de cet essai est d'examiner la contribution des traumatismes dans l'enfance du parent et des états d'esprit Hostile/Impuissant actuels sur les problèmes de comportement d'enfants d'âge préscolaire victimes de maltraitance. Afin de répondre à ces objectifs, nous avons examiné un échantillon de 61 dyades constituées d'un parent et d'un enfant signalés pour maltraitance parentale. Le chapitre suivant présente l'article de notre étude empirique.



## **CHAPITRE II**

### **CHILDHOOD TRAUMA, PARENTAL HOSTILE/HELPLESS STATE OF MIND AND BEHAVIOR PROBLEMS IN MALTREATED PRESCHOOLERS**

Childhood Trauma, Parental Hostile/Helpless State of Mind and Behavior Problems  
in Maltreated Preschoolers

Michèle Sauvé<sup>1</sup>, Chantal Cyr<sup>1</sup>, Ellen Moss<sup>1</sup>, Diane St-Laurent<sup>2</sup>, Karine Dubois-Comtois<sup>2</sup>, George Tarabulsky<sup>3</sup>, & Annie Bernier<sup>4</sup>

Article to be submitted to Child Abuse & Neglect

<sup>1</sup>*Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Canada*

<sup>2</sup>*Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada*

<sup>3</sup>*Département de psychologie, Université Laval, Canada*

<sup>4</sup>*Département de psychologie, Université de Montréal, Canada*

This research was supported by a grant from the Public Safety Canada's National Crime Prevention Centre (NCPC) in collaboration with the Quebec Minister of Public Security. We thank our collaborators, les Centres Jeunesse de Lanaudière, and the clinical workers for their invaluable assistance in the research project.

Correspondance concerning this article should be addressed to Chantal Cyr, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, H3C 3P8, Montréal, Québec, Canada. Electronic email may be sent to [cyr.chantal@uqam.ca](mailto:cyr.chantal@uqam.ca).

### Abstract

This study examined the association between childhood trauma experiences, parental Hostile/Helpless (H/H) state of mind with respect to attachment, and behavior problems in maltreated preschoolers. Childhood trauma was assessed using the Child Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998). Hostile/Helpless states of mind were assessed with the H/H coding system (Lyons-Ruth, Melnick, Yellin, & Atwood, 1995-2005) of the Adult Attachment Interview (Main & Goldwyn, 1998), and child behavior problems were evaluated with the Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2000) when children were between 12 months and 6 years of age. Results show that the more parents with H/H states of mind experienced past traumatic events in childhood, the more their children exhibited externalizing or internalizing behavior problems. For children of non-H/H parents, associations between parental childhood trauma and child behavior problems were not significant. These findings support the idea that the absence of a H/H state of mind (in other words, the presence of an organized state of mind) is a protective factor for the child. Results further suggest that parental childhood history and states of mind regarding attachment in adulthood should be considered in prevention and intervention efforts with at-risk parents and their children likely to show behavior problems.

**Keywords:** maltreatment, behavior problems, trauma, hostile/helpless states of mind.

## Introduction

Child maltreatment is a significant health and social problem because of its prevalence and association with adverse outcomes. Widely accepted definitions of child maltreatment include sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, and neglect (Cicchetti & Valentino, 2006). Many studies have shown the deleterious effects of maltreatment on individuals' development from childhood through adulthood. Overall, maltreated children are more likely to show higher levels of socio-emotional difficulties, academic underachievement and school drop out (Crouch & Milner, 1993; Egeland, Yates, Appleyard, & van Dulmen, 2002; Shonk & Cicchetti, 2001; Trickett & McBride-Chang, 1995) than children in normative populations (Kim & Cicchetti, 2003). Self-reported physical and sexual abuse in childhood is also associated with increased rates of conduct/anti-social personality disorder and substance abuse in adolescence and adulthood (Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Flisher et al., 1997; Wolfe, Scott, Wekerle, & Pittman, 2001). In addition, young adults with documented histories of child neglect are more likely to be diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), to be arrested for committing a crime, and to have lower scores on academic achievement (Nikulina, Spatz-Widom, & Czaja, 2011). Maltreated children who grow up to become parents are at greater risk of maltreating their own children, thus continuing an intergenerational cycle of abuse (Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011).

In particular, maltreated children are at increased risk of developing internalizing and externalizing behavior problems (Cicchetti & Toth, 1995; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Pears & Capaldi, 2001; Toth, Cicchetti, & Kim, 2002). According to the developmental psychopathology perspective (Cicchetti & Lynch, 1993), child maltreatment and associated impairments are the product of many risk factors

stemming from various ecological systems in which the child is embedded. As stressed by many tenants of this perspective, proximal variables to the child (microsystem), which include the parent-child relationship and the parent's psychological state of mind as well as childhood experiences with attachment figures, are salient to child development and mental health. Although associations between child maltreatment, parenting practices, and behavior problems have been studied extensively (Combs-Ronto, Olson, Lunkenheimer, & Sameroff, 2009; Davidson, Besnard, Verlaan, & Capuano, 2015; MacKenzie, Kotch, Lee, Augsberger, & Hutto, 2011), less is known about the influence of parents' states of mind and childhood trauma on child behavior problems in the context of maltreatment. Therefore, the objective of this study is to examine the contributions of parental hostile/helpless states of mind and childhood trauma on maltreated children's levels of internalizing and externalizing problems. This study will further our understanding of disrupted attachment states of mind among maltreating parents and help address issues related to the negative effects of maltreatment on children.

#### Child maltreatment and behavior problems

Externalizing symptoms refer to aggression and oppositional behavior (Achenbach, 1991), with hyperactivity also considered an associate disorder (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Liu, 2004). Preschool children with externalizing symptoms tend to show aggressive behaviors, as well as marked noncompliance, high activity level, and poor regulation of impulses (Campbell et al., 2000). At early school-age, children who continue to exhibit externalizing behaviors such as aggression and opposition become at risk for more serious and clinical problems in later childhood, adolescence, and adulthood, showing greater physical violence and other nonviolent forms of delinquency (Broidy et al., 2003; Campbell et al., 2000). With respect to internalizing symptoms, central features are disordered mood and emotion, including anxiety,

depression, social isolation, and withdrawal (Achenbach & Rescorla, 2000; Kovacs & Devlin, 1998). Anxiety is usually characterized by feelings of tension, intense fear or worry leading to avoidance of anxiety-provoking situations. Depression in childhood encompasses feelings of sadness, lack of interest and pleasure in daily activities, changes in sleep patterns, significant weight loss or gain, lack of energy, inability to concentrate, feelings of worthlessness or excessive guilt and recurrent thoughts of death or suicide (American Psychiatric Association, 2013). Internalizing symptoms show stability over time, and may lead to future academic difficulties, social withdrawal, substance abuse, and suicidal thoughts (Fanti & Henrich, 2010; Hammen & Rudolph, 2003).

The negative effects of maltreatment on the development of both internalizing and externalizing symptoms have been shown in many studies. For example, Turner, Finkelhor, and Ormrod (2006) showed that victimization (sexual assault, maltreatment, witnessing family violence) is associated with depression and anger/aggression among 2-9 year old children. Jaffee and her colleagues (Jaffee, Caspi, Moffitt, & Taylor, 2004) showed that child physical abuse before the age of 5 is longitudinally linked to the development of more severe problems such as antisocial behavior at early school age. The long-term consequences for mental health of early maltreatment have also been established in the literature. For example, sexual abuse in childhood has been associated with depression, anxiety, substance abuse and conduct disorder from childhood through adulthood (Cutajar et al., 2010; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Gault-Sherman, Silver, & Sigfusdottir, 2009; Maniglio, 2009; Shapiro, Kaplow, Amaya-Jackson, & Dodge, 2012). Overall, on the basis of a recent meta-analysis, it was concluded that child physical and sexual abuse are significant risk factors (*ORs* between 1.49 and 2.52) for the development of internalizing problems in adulthood such as depression and anxiety (Lindert et al., 2013). More recently, a longitudinal study showed the persistent and negative impact

of emotional maltreatment and neglect at a young age (4 years old) on the development of externalizing behaviors up to 8 years later (Villodas et al., 2014).

#### Parental hostile and helpless state of mind and child behavior problems

Parents' mental representations of attachment relationships and experiences of traumatic events have been found to influence parental behavior towards the child, which, in turn, is linked to child behavioral and emotional functioning (Madigan et al., 2006; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; van IJzendoorn, 1995). The gold-standard instrument for evaluating attachment representations among adults is the Adult Attachment Interview (AAI; Main & Goldwyn, 1998). Adults are classified according to four major attachment states of mind, which refer to the way in which adults process thoughts and feelings regarding their own childhood attachment experiences (Hesse, 2008). Whereas adults with a secure-autonomous state of mind demonstrate a coherent discourse about their early relationships with their parents and value attachment relationships, adults with an insecure state of mind show incoherencies and inconsistencies in the recall of attachment-related experiences (for more details, see Main & Goldwyn, 1998). Among adults with an insecure state of mind are those classified as unresolved with respect to attachment. These adults report experiences of loss or abuse and show disorganization of thought processes when reporting these events, as evidenced by lapses in the monitoring of discourse (e.g., failing to finish a sentence, becoming silent during the elaboration of an idea) or reasoning (e.g., feeling responsible for being abused, feeling in contact with the deceased person). A few studies have examined associations between parental states of mind, with the AAI, and child behavior problems in at-risk and clinical samples (De Klyen, 1996; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson, & Otten, 2007; Zajac & Kobak, 2009). Results of these studies show that both insecure and unresolved attachment states of mind are associated with higher levels of child behavior

problems. However, very few studies have examined attachment states of mind in maltreating parents and those that have, did not examine child behavior problems. Precisely, two studies showed an expected higher percentage of unresolved states of mind in maltreating mothers (Adshead & Bluglass, 2005; Frigerio, Costantino, Ceppi, & Barone, 2013).

To more fully capture disorganized states of mind of adults who have experienced difficult and traumatic childhood experiences, Lyons-Ruth et al. (1995-2005) developed the Hostile/Helpless states of mind (H/H) coding system. This measure was developed following previous studies using the AAI that had found inconsistent associations between an unresolved attachment state of mind (U) in parents and child disorganized attachment (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999, for a meta-analysis). On the basis of these inconsistent results, Lyons-Ruth and her colleagues (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005) argued that the coding of the U status should not solely depend on the parental reports of loss or abuse. The H/H coding system was therefore developed with the aim of identifying indices on the AAI that could predict child emotion regulation problems in the absence of a reported unresolved loss or abuse (Melnick, Finger, Hans, Patrick, & Lyons-Ruth, 2008). Specifically, the H/H system assesses adult discourse patterns and relational experiences in childhood throughout the whole protocol as opposed to specific and reported experiences of trauma. It takes into account the adult's mental representation about various early interactions with attachment figures and considers the use of defensive functions (splitting, identification with the hostile caregiver) often displayed by individuals with chronic relational trauma (Lyons-Ruth et al., 2005). One of the assumptions of the H/H system is that the context in which the experience of neglect or abuse occurs might have a greater impact on the individual than the abuse event itself, thus expanding the coding of unresolved states of mind to attachment-related situations, even in the absence of reported trauma. Therefore, this



instrument seems more appropriate to assess the attachment state of mind of parents who have experienced childhood maltreatment.

Adults with a H/H state of mind describe one or both of their caregivers in devaluing and contradictory terms. The global «all-good» or «all-bad» evaluation is seen as an indicator that the person is not able to consider the caregiver with both positive and negative attributes, and to reflect on the negative aspects of identification with a hostile or helpless attachment figure (Melnick et al., 2008). Another core characteristic of a H/H state of mind is the description of traumatic experiences without being able to elaborate on those experiences. Such narratives suggest that the person's experience of the trauma has not yet been resolved. There are two subcategories on the H/H scale, namely Hostile and Helpless. Hostile adults describe at least one attachment figure in negative terms, and may have identified with this hostile attachment figure. Some adults may describe negative childhood experiences without discussing painful feelings about them. They may report having controlling behaviors in childhood and being angry towards their parents, which may still be present. Helpless adults report feelings of fearfulness and helplessness, and in some cases, clearly identify with a victimized attachment figure. They may acknowledge feelings of vulnerability and try to make sense of negative and painful attachment relationships, but remain unable to understand these relationships (Lyons-Ruth et al., 1995-2005; Lyons-Ruth et al., 2005).

Evidence of the validity of the H/H coding system has been demonstrated in recent studies showing high prevalence rates of H/H states of mind in samples of low-income mothers (51%), and women with borderline personality disorder (100%) or dysthymia (55%) (Lyons-Ruth et al., 2005; Lyons-Ruth, Melnick, Patrick, & Hobson, 2007). In addition, it was found in a normative sample that significantly more low-SES mothers (20%), in comparison to high-SES mothers (9%), present with a H/H state of mind (Frigerio et al., 2013). Not surprisingly, although only two studies were

conducted with this specific population, very high rates of H/H states of mind were found in samples of maltreating mothers (75% and 64%; Frigerio et al., 2013 and Milot et al., 2014, respectively), and at high risk of child maltreatment (43%, Frigerio et al., 2013). Milot et al. (2014) and Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, and Atwood (2003) also found that a majority of H/H mothers reported at least one form of childhood trauma, such as abuse (emotional, physical or sexual) and neglect (emotional or physical) on the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Overall, these findings suggest that the H/H coding system is a very sensitive measure for identifying incoherent attachment states of mind in adulthood, particularly in clinical and at-risk populations, such as maltreating parents.

According to Lyons-Ruth et al. (2005), H/H states of mind will impact parental behavior and significantly alter parent-child communication, in turn, leading to child behavioral dysregulation. In a previous study, Lyons-Ruth and Block (1996) showed that mothers who had experienced severe trauma and sexual abuse were more likely to be withdrawn while engaging with their infants, whereas mothers who had been physically abused in childhood showed more hostile and intrusive behavior with their infants. The authors suggested that these two different constellations of parenting behaviors were two different expressions of an underlying Hostile-Helpless dyadic internal model. This model, influenced by parents' own experiences with their family during childhood, may guide similar behavior patterns with their own children. A parent whose needs for protection and comfort in times of distress were not met during childhood may display learned mechanisms of fight (anger, aggression) or flight (dissociation, withdrawal). Child distress may trigger painful memories and negative emotions in the parent, related to their own vulnerability and lack of comfort. A Hostile-Helpless internal working model of relationships places the parent at risk for adopting behaviors associated with one of these unbalanced positions (Lyons-Ruth, Melnick, Bronfman, Sherry, & Llanas, 2004).

To date, studies show that parents with a H/H state of mind are more likely to have children with a disorganized attachment. Lyons-Ruth and her colleagues (2005) further demonstrated that H/H states of mind accounted for variance in disorganized infant attachment not associated with the unresolved AAI classification. However, no study has yet examined the link between Hostile/Helpless states of mind and child behavior problems. Given the conceptual and empirical links between disrupted parenting, child attachment disorganization and child behavior problems, it is likely that children of H/H parents will show high levels of behavior problems. The inability to regulate one's own emotional state has been shown to be an important factor in the increasing cycle of mutual hostility, helplessness, and withdrawn behaviour (Lyons-Ruth et al., 2004). Parents who can't manage their own negative emotions while responding to their child are less likely to serve as models for, and teach the child how to manage stress-inducing situations (Denham et al., 2000). Many studies have found that parents' behavioral hostility has been linked to increased aggressive behavior and conduct problems (Knox, Burkhart, & Khuder, 2011; McKee, Colletti, Rakow, Jones, & Forehand, 2008; Williams, Conger, & Blozis, 2007). In addition, studies on maternal depression, which is often associated with helplessness, have demonstrated associations with the development of behavior problems among preschool children in both low-risk (Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013) and high-risk samples (Black et al., 2002; Turney, 2012). These studies support the idea that the psychosocial state of mind of vulnerable and distressed parents is an important pre-dispositional factor for disrupted parenting and the development of behavior problems in children.

## Experiences of trauma in parents' childhood and child behavior problems

Significant associations have been observed between child behavior problems and parental reports of past experiences of trauma and abuse (Brent et al., 2004; Collishaw, Dunn, O'Conner, Golding, & The Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team, 2007; Morrel, Dubowitz, Kerr, & Black, 2003; Rijlaarsdam et al., 2014; Roberts, O'Connor, Dunn, Golding, & the ALSPAC Study Team, 2004; Thompson, 2007). In addition, both the severity of parents' abuse experience and the multiplicity of maltreatment forms (sexual, physical, emotional abuse) are associated with higher levels of child maladaptation including conduct problems, hyperactivity, emotional symptoms, peer relationships problems, and low pro-social behaviors (Collishaw et al., 2007).

Given the links between parental reports of past experiences of maltreatment and child behavior problems, and extensive research showing that a great number of maltreating parents are likely to have themselves experienced childhood maltreatment (Cort, Toth, Cerulli, & Rogosch, 2011), it is important to consider parents' past experiences of trauma in the study of H/H states of mind. Overall, both the presence of H/H states of mind and past childhood maltreatment are likely to increase the risk of child behavior problems. However, although it is expected that childhood maltreatment leads to the development of Hostile/Helpless states of mind, it is also possible that some parents have had the chance to reinterpret their traumatic experiences and present with a non H/H state of mind that would help protect children from emotion regulation problems (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). The failure to resolve past trauma, such as seen in parents with a H/H state of mind, would increase the child's likelihood of showing behavior problems. On the contrary, a non-H/H state of mind (or an organized state of mind) in parents with a history of maltreatment, may act as a protective factor against the emergence or increase of

child behavior problems. For maltreated children in particular, the absence of a H/H state of mind would represent a significant proximal protective factor against the development of severe behavior problems, lessening the negative impact of maltreatment. In this respect, the presence of a H/H state of mind in a maltreating parent would be seen as a moderator of the association between parental childhood trauma and child behavior problems.

### Objectives and hypotheses

The objective of this study was to examine the contribution of past traumatic experiences and current H/H state of mind of the primary caregiver on child behavior problems in a sample of maltreated preschoolers. First, we expected that parents with a H/H state of mind would have children with higher levels of internalizing and externalizing behavior problems. Second, we hypothesized that parents with higher scores on the childhood maltreatment scale would have children with higher levels of behavior problems, especially if they present with a H/H state of mind.

## Method

### Participants

Sixty-one parent-child dyads (22 girls, 39 boys) participated in this study. They were part of a larger project examining the efficacy of an attachment-based intervention for maltreating parents and their children (Moss et al., 2011). Participants were recruited through Child Protection Services (CPS) agencies ( $n = 50$ ) and community social services for families at high risk of maltreatment ( $n = 11$ ). For participants recruited

through CPS, maltreatment was substantiated and legally documented by qualified CPS staff. For families recruited through community social services, maltreatment was reported by the parent or by a social services employee, and the family voluntarily agreed to receive services.

Types of maltreatment were documented on the basis of case records or, for families recruited through community social services, as reported by the parents or social workers. These types of maltreatment correspond to widely accepted definitions (Cicchetti & Valentino, 2006): 1) sexual abuse: sexual contact or attempted sexual contact between a caregiver or other responsible adult and a child; b) physical abuse: injuries inflicted by an adult on a child by non-accidental means; 3) neglect: failure to provide minimum standards of physical care; 4) emotional abuse: failure to provide for basic emotional needs of psychological safety and security. In this sample, 68% of the children experienced neglect, 8% physical abuse and 2% sexual abuse. Twenty percent were both neglected and physically abused, and 2% were neglected and sexually abused.

Parents in this study were the primary and biological caregivers of children (fathers,  $n = 3$ ). Child mean age was 41.70 months ( $SD = 15.47$ , ranged from 12 to 72 months) and the parent mean age was 27 years ( $SD = 6.7$ , ranged from 18 to 49 years). Family income was distributed as follows: 68% of the families earned less than 25,000\$ per year, 24% earned between 25,000\$ and 50,000\$ and 8% earned 50,000\$ or more. At the time of the study, the poverty threshold was approximately 25,000\$/year for a family of one adult and one child, and approximately 30,000\$/year for a family of two adults and one child (Statistiques Canada, 2008). Also, 53% of the children came from a single-parent family and 83% of parents did not complete a high school degree. Overall, this sample constitutes a very high-risk sample.

## Procedure

Participants completed the measures during two home visits with research assistants. The Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998), and the socio-demographic questionnaire were completed by the child's primary caregiver during the first visit. During the second home visit, the assistants administered the Adult Attachment Interview (AAI; Main & Goldwyn, 1998) to the primary caregiver. All families completed a consent form prior to their child's participation in the project. The project was approved by the ethical committee of CPS.

## Measures

**Socio-demographic questionnaire.** This questionnaire assessed background information such as parental age, education, marital status, and family income.

**Child's externalizing and internalizing behavior problems.** The child's primary caregiver completed the Child Behavior Checklist questionnaire (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000). This questionnaire has been used with children as young as 12 months of age (van Zeijl et al., 2006). This questionnaire measures internalizing and externalizing behavior problems. It consists of 99 items evaluated on a 3-point scale (not true, somewhat or sometimes true, very true or often true). Six subscales are generated of which four are grouped within the internalizing dimension (emotionally reactive, anxious/depressed, somatic complaints, and withdrawn syndromes), and two within the externalizing dimension (aggressive behavior, and attention problems). Validity and test-retest reliability were demonstrated by Achenbach and Rescorla (2000). Scores are summed and then converted into normalized T scores according to

child age and sex. Clinical cut-off scores are  $T > 63$  for both internalizing and externalizing symptoms.

Childhood trauma experiences. The Childhood Trauma Questionnaire-short version (CTQ; Bernstein et al., 2003) is a retrospective self-report questionnaire, which comprises 28 items measuring exposure to childhood adverse events. The instrument produces scores for five forms of child maltreatment: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect. There are five items on each scale rated by the participants from 1 (never true) to 5 (very often true) reflecting the frequency of maltreatment experiences. This questionnaire yields scores on five scales in addition to a total scale. Cut-off scores are provided for none, mild, moderate, and severe exposure levels for each subscale. The CTQ presents with good psychometric properties (Bernstein & Fink, 1998; Bernstein et al., 2003).

Hostile/Helpless states of mind. Hostile/Helpless (HH) states of mind were coded using the Hostile/Helpless states of mind coding system developed by Lyons-Ruth and her colleagues (1995-2005). H/H states of mind are coded from the Adult Attachment Interview transcripts (AAI; Main & Goldwyn, 1998). The AAI is audio-recorded and transcribed by trained research assistants for future coding. The AAI uses a semi-structured interview format of 20 questions and was initially developed to assess attachment state of mind of the adult. The protocol takes about one hour to administer and is used with the child's primary caregiver. Questions concern childhood experiences with primary caregivers, the individual's thoughts and feelings about the influence of their childhood experiences on their adult personality, the nature of their current relationships with their caregivers, and major loss and traumatic experiences throughout the individual's lifetime.

The Hostile-Helpless states of mind (H/H) coding system aims to capture incoherent and dysregulated states of mind of adults with chronic relational trauma, including,



but not limited to sexual, physical, or emotional abuse (Lyons-Ruth et al., 2005). Using the AAI to examine the adult's discourse and overall psychological organization throughout the whole interview, and not only aspects of the discourse related to experiences of loss or trauma, the H/H scale assesses contradictory and unintegrated emotional evaluations of caregivers. This coding system is made up of a series of indicators leading up to an overall scaled score from 1 to 9. A score of 5 or above leads to the H/H classification. This score is based on the coder's judgment on how the participant's discourse fits the description of the coding manual (Lyons-Ruth et al., 1995-2005). Participants are classified in one of the following H/H subtypes: Hostile, Helpless, or Mixed. A hostile discourse is characterized by the global devaluation and possibly a positive identification with a hostile caregiver that is described in negative terms. As for the Helpless subtype, individuals may be fearful and helpless and may identify with a caregiver represented as anxious, overwhelmed or helpless to the point of abdicating a parental role. A mixed subtype is also identified when the participant shows characteristics of both Hostile and Helpless subtypes (Lyons-Ruth et al., 2007). Coders must consider several individual frequency codes to assess an individual's state of mind.

H/H states of mind were coded by two reliable coders who were trained by a certified trainer (B.F.). The first coder (first author) coded all 61 transcripts and the second coder coded 15 transcripts for inter-rater reliability (25% of the sample). The Kappa coefficient was 1.00 for the dichotomous variable (H/H vs. non H/H) and intra-class correlation was  $r_{icc} = .76$  for the H/H continuous score.

## Results

### Descriptive statistics

Hostile/Helpless states of mind, child behavior problems, and parental childhood trauma. In our sample, 40 of the 61 parents were classified Hostile/Helpless, representing 66% of the entire sample. In addition, 17 (28%) and 14 (23%) children displayed externalizing and internalizing symptoms over the clinical cut-off score, respectively. The examination of the parental childhood trauma scales also indicated that clinical-level scores were observed for several mothers: 1) emotional abuse: 58%; 2) physical abuse: 67%; 3) sexual abuse: 65%; 4) emotional neglect: 62%; 5) physical neglect: 73%. Overall, 85% of the mothers presented with clinical levels of past maltreatment experiences. Table 1 presents proportions, means and standard deviations for the sample as a whole.

---

Table 1

---

#### Preliminary analyses

Childhood trauma experiences. As expected, significant, moderate to high correlations were found among the different parental childhood trauma scales,  $r$ s between .32 and .75. Accordingly, we computed a composite score regrouping all five scales: emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect. We will refer to this composite variable as the *Parental childhood trauma* variable. A t-test was performed to examine the association between the independent variables of this study and showed that parents with a H/H state of mind reported significantly more severe experiences of childhood trauma ( $t = -2.75$ ; *Mean* H/H = 57.10, *SD* = 19.77, *Mean* not H/H = 42.33, *SD* = 20.32).

Covariates. Analyses were conducted to identify possible covariates linked to the dependent variables, that is child internalizing and externalizing behavior problems.

Correlation analyses revealed a significant correlation between child age and both internalizing,  $r = .29$ , and externalizing,  $r = .33$ , behaviors. Age was therefore used as a covariate in analyses pertaining to internalizing and externalizing behaviors. No significant associations were found with other socio-demographic variables (parental education, marital status and family income;  $r$ s between .05 and .12, and  $t = -.98$ ). Also, levels of behavior problems for children recruited through CPS were not significantly different from those recruited through community social services ( $t = -.04$  and  $-.68$ ).

#### Main analyses

Two hierarchical regressions, one for each of the dependent variables, were conducted to examine the contribution of parental childhood trauma, Hostile/Helpless state of mind, and their interaction on child externalizing and internalizing problems. Specifically, in both regressions, child age was entered at Step 1 (control variable), parental childhood trauma scores (CTQ) and H/H classification were entered at Step 2, and their interaction (CTQ X H/H) was entered at Step 3. Beta coefficients for all models and variables are presented in Table 2.

**Externalizing behavior problems.** Results revealed that child age and H/H state of mind were significant predictors of externalizing problems,  $\beta = .33$  and  $.29$ , respectively. The effect of parental childhood trauma on externalizing behaviors was not significant. Results showed a significant interaction effect, where H/H state of mind significantly moderated the association between parental childhood trauma and externalizing problems,  $\beta = .33$  (see Table 2).

**Internalizing behavior problems.** Results revealed that child age was a significant predictor of internalizing problems,  $\beta = .29$ . Parental childhood trauma was

marginally significant,  $\beta = .25$ , and H/H state of mind,  $\beta = .15$ , was not a significant predictor. Results showed a significant interaction effect, where H/H state of mind significantly moderated the association between parental childhood trauma and internalizing problems,  $\beta = .30$  (see Table 2).

Following both of these significant interactions, post hoc analyses revealed that the more H/H parents experienced past traumatic events in childhood, the more their children exhibited externalizing,  $r = .26$ , or internalizing behaviors,  $r = .34$ . This was not the case for children of non-H/H parents, where associations between parental childhood trauma and child behavior problems were not significant,  $r = -.07$  and  $.03$ .

To better grasp the type of past trauma associated with child behavior problems, further analyses were conducted on the different scales of parental past trauma for the sub-group of mothers with an H/H state of mind. Results revealed that higher levels of externalizing problems in children of H/H mothers were significantly correlated with more severe/chronic maternal experiences of physical abuse,  $r = .41$ . In addition, higher internalizing problems were significantly correlated with more severe/chronic maternal experiences of physical abuse,  $r = .39$ , and emotional neglect,  $r = .33$ .

---

Table 2

---



---

Figure 1

---



---

Figure 2

---

## Discussion

The results of this study highlight the importance of parents' early experiences and states of mind as predictors of child adjustment. In particular, this study is one of the few to have examined Hostile/Helpless states of mind in a sample of maltreating parents, and for this population, is the first to report on associations with child behavioral outcomes. First, descriptive analyses indicate that two thirds (66%) of the parents were classified as H/H. This prevalence rate is similar to those obtained in recent studies with maltreating parents (between 64% and 75%, Frigerio et al., 2013 and Milot et al., 2014). In addition, a majority of parents (85%) reported experiences of maltreatment during childhood. Other studies also report high proportions of maltreating mothers having experienced abuse in childhood (47%, 90%, and 74%; Cort et al., 2011; Milot et al., 2014; Pears & Capaldi, 2001 respectively). As for children, we found that about a quarter of them displayed clinical symptoms of the externalizing or internalizing kind (28% and 23%, respectively). This is in line with other studies that found similar proportions (between 24% and 44% for externalizing, and between 9% and 15% for internalizing; Cicchetti & Rogosch, 2001; Ethier, Lemelin, & Lacharité, 2004; Li & Godinet, 2014). Not only do these data highlight the vulnerability of the parents and children in our sample, but they also support studies indicating transmission of abuse and neglect by parents who have themselves experienced maltreatment during their childhood (Cort et al., 2011; Heyman & Slep, 2002; Kim, 2009; Pears & Capaldi, 2001). Despite the cycle of maltreatment found for most of our dyads, we observed that a relatively low number of children presented with clinical behavioral symptoms. Maltreating parents in our sample undoubtedly failed to protect their children. However, our descriptive data suggest that some maltreating parents with past experiences of maltreatment are less of a risk factor for their children than are other parents who have children with more severe, clinical behavioral problems. But what are those protective factors?

This study tested whether parental states of mind represent a protective factor for maltreated children. Specifically, we examined the contribution of parental past trauma and H/H state of mind, and further tested their interaction effect on both externalizing and internalizing problems. First, results showed that Hostile/Helpless states of mind were not associated with child levels of internalizing behavior problems, but as expected, parents with a H/H state of mind were more likely to have children with higher levels of externalizing problems. The lack of a significant association with internalizing problems may be because parents with a H/H state of mind have more difficulties reporting child's internalizing symptoms. Such problems are more subtle and harder to identify than externalizing symptoms, which are more disturbing. Given that maltreating parents are poorly connected with their own inner state, thoughts, emotions, and feelings, they are not likely to be sensitive to child symptoms of depression and anxiety. In normative samples, there is low consensus between adults (parents and teachers) and children perception of internalizing problems (Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, & Berthiaume, 2006), the former reporting less than the latter which may lead to an underestimation of internalizing symptoms (Barrett et al., 1991). It is also possible that, given the young age of children in the sample (*Mean* = 41.70 months), internalizing problems were not yet in evidence.

Second, contrary to what we had hypothesized, results indicated that parental childhood trauma was not related to child externalizing and internalizing problems. However, interaction effects were found and revealed that the more H/H parents experienced past traumatic events in their childhood, the more their children exhibited externalizing or internalizing behaviors. For children of non-H/H parents, associations between severity of parental childhood trauma and child behavior problems were non significant. Hence, for both types of problems, the severity of past childhood trauma represented a risk factor in the presence of a H/H state of mind. Thus, our results demonstrate the role of parental H/H state of mind as a moderator

between the severity of parents' past childhood maltreatment and child behavior problems. Overall, results indicate that the absence of an H/H state of mind (in other words, the presence of an organized state of mind) prevents the child from presenting high, even clinical levels of behavior problems and, because the majority of the parents in this sample reported clinical levels of past maltreatment, it also limits the impact of more severe and chronic parental past trauma.

This study reiterates the serious and negative consequences of childhood maltreatment for the next generation. Early trauma promotes the development of dysregulated states of mind, and without positive experiences allowing for the reinterpretation of past traumatic events, H/H states of mind develop and impact on later parental behaviors, especially on those childrearing practices which promote the development of child self-regulation. Thus, the quality of early caregiving is critical for the development of child emotion regulation and factors interfering with the caregiver's ability to provide adequate care will compromise the child's development of self-regulatory abilities. Many studies have established the role of self-regulation as a protective factor in the development of behavior problems (Flouri, Midouhas, & Joshi, 2014; Lengua, 2003; Lengua, Bush, Long, Kovacs, & Trancik, 2008).

Findings of this study also provide further evidence of the validity of the Hostile/Helpless coding system with maltreatment samples and those at high-risk of maltreatment. As reported in recent studies, Hostile/Helpless states of mind are more prevalent among clinical and maltreating samples and are closely linked to parents' childhood trauma (Frigerio et al., 2013; Milot, 2014). Despite these contributions, the current study has several limitations. First, parental history of childhood trauma was collected using a validated but retrospective questionnaire, the CTQ (Bernstein & Fink, 1998). Retrospective reports of child maltreatment may be biased due to the need for recall (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993). Nevertheless, this questionnaire is a strong measure of the individual's perception of traumatic experiences in

childhood. Second, it is a limitation of the current study that the low number of fathers in the sample did not allow for analyses pertaining to parental gender differences. Future studies could investigate whether child outcomes differ depending on whether the father, the mother, or both parents were victims of maltreatment. Also, it would have been optimal to use a longitudinal design. Given that our measures were concurrent, we have to assume the bi-directionality of effects, in that child behavior problems can also contribute to destabilize an already vulnerable parent, thereby activating parent's attachment system and prompting the enactment of a Hostile or Helpless state of mind. Finally, future research should examine parental caregiving behaviors to examine the interactive mediating processes through which states of mind influence the development of behavior problems.

### Clinical implications

Our results contribute to the understanding of factors related to behavior problems in maltreated preschoolers. Given the individual, familial, and societal costs of children's externalizing and internalizing problems and of families with maltreatment histories, it is imperative to examine the risk factors related to such problems and to develop prevention and intervention programs. The demonstrated links between parental childhood trauma, H/H state of mind and both child internalizing and externalizing problems suggest that the use of instruments such as the CTQ (Bernstein & Fink, 1998) can help in the evaluation of at-risk parents and better inform the development of prevention and intervention programs. Such programs can provide psychological support when intervening with maltreating parents in helping them acknowledge how their past traumatic experiences may influence the quality of their daily interactions with their children, and provide tools to enhance parenting skills.



Given the associations between H/H states of mind and child behavior problems, the use of the AAI in psychotherapy leading to the identification of H/H states of mind can set the stage for specific interventions with mothers with a history of maltreatment. As demonstrated by Lyons-Ruth and Block (1996), mothers who have experienced abuse in childhood display behaviors such as hostility, intrusiveness and withdrawal. As mentioned earlier, these profiles are the product of unbalanced patterns of relationships in the parent's attachment history (Lyons-Ruth et al., 2005). Intervention may focus on supporting parents in reconciling contradictions regarding their own attachment experiences and challenging their internal working model of relationships. Parents' past experiences of maltreatment leading to hostile or helpless states of mind interfere with caregiving and thus, a cycle of abuse and/or neglect repeats itself. By reflecting on childhood traumatic experiences with a clinician, it becomes possible and less threatening to rework mental representations of early attachment experiences and improve parent-child relationship, and interactions (Bakermans-Kranenburg, Breddels-van Baardewijk, Juffer, Klein Velderman, & van IJzendoorn, 2008). According to attachment therapeutic principles, it is essential for the clinician to engage in a secure alliance with the parent so that an experience of a sensitive and non-threatening attachment relationship unveils (Berlin, Cassidy, & Appleyard, 2008). Through this new and positive attachment relationship with the therapist, parent's perception of self and of child and parent's interactive behaviors may become more positive. Focused video-feedback sessions, which assist the parent in developing a repertoire of adequate childrearing abilities are also important (Moss, et al., 2011; Moss et al., 2014). Overall, this clinician-parent model of empathic responsiveness and organized relationship can show the parent how their child's needs for security and limit-setting can be met (Lyons-Ruth et al., 2004).

## References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behavior by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 328-333.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Breddels-van Baardewijk, P., Juffer, F., Klein Velderman, M., & van IJzendoorn, M. H. (2008). Insecure mothers with temperamentally reactive infants. In F. Juffer, M. J., Bakermans-Kranenburg, & M. H. van IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention* (pp. 75-90). New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Barrett, M. L., Berney, T. P., Bhate, S., Famuyiwa, O. O., Fundudis, T., Kolvin, I., & Tyrer, S. (1991). Diagnosing childhood depression: Who should be interviewed—Parent or child? The Newcastle Child Depression Project. *British Journal of Psychiatry*, 159, 22-27.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 24, 163-172.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82(1), 162-176.

- Berlin, L. J., Cassidy, J., & Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 333-347). New York, NY: Guilford Press.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. Manual. Chicago, IL: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, Jr., R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 16-26.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2004). Familial transmission of mood disorders: Convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1259-1266.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience : A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., Moffitt, T. E., Nagin, D. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., Loeber, R., Lynam, D. R., Pettit, G. S., & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency : A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.

- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*, 467-488.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for child development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 56*(1), 96-118.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology, 13*, 783-804.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental pathway perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(5), 541-565.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.)* (pp. 129-201). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Collishaw, S., Dunn, J., O'Connor, T. G., Golding, J., & The Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. (2007). Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Development and Psychopathology, 19*, 367-383.
- Combs-Ronto, L., Olson, S. L., Lunkenheimer, E. S., & Sameroff, A. J. (2009). Interactions between maternal parenting and children's early disruptive behavior: Bidirectional associations across the transition from preschool to school entry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 1151-1163.
- Cort, N. A., Toth, S. L., Cerulli, C., & Rogosch, F. (2011). Maternal intergenerational transmission of childhood multitype maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*, 20-39.

- Crouch, J. L., & Milner, J. S. (1993). Effects of child neglect on children. *Criminal Justice & Behavior*, 20(1), 49-65.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822.
- Davidson, M., Besnard, T., Verlaan, P., & Capuano, F. (2015). L'évolution du lien entre les pratiques parentales négatives des mères et des pères et les problèmes de comportement extériorisés chez les enfants, de la maternelle à la troisième année. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 47(1), 127-137.
- DeKlyen, M. (1996). Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns : A comparison of clinic-referred and normally functioning preschoolers and their mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 357-365.
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12, 23-45.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(8), 1311-1324.
- Egeland, B., Yates, T., Appleyard, K., & van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social Policy, Research & Practice*, 5(4), 249-260.
- Éthier, L. S., Lemelin, J-P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.

- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of early child care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159-1175.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure du childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1365-1374.
- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., Canino, G., Connell, R., & Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 123-131.
- Flouri, E., Midouhas, E., Joshi, H. (2014). Family poverty and trajectories of children's emotional and behavioral problems: The moderating roles of self-regulation and verbal cognitive abilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 1043-1056.
- Frigerio, A., Costantino, E., Ceppi, E., & Barone, L. (2013). Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: Comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment & Human Development*, 15(4), 424-442.
- Gault-Sherman, M., Silver, E., & Sigfusdottir, I. D. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science & Medicine*, 69(10), 1515-1522.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (2nd ed.)* (pp. 233-278). New York, NY: Guilford Press.

- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview. In J. Cassidy & R. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment (2<sup>nd</sup> ed.): Theory, research, and clinical applications* (pp. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Heyman, R. E., & Slep, A. M. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and Family*, 64, 864-870.
- Jaffe, S. R., Caspi, A., Moffitt, E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 44-55.
- Kim, J. (2009). Type-specific intergenerational transmission of neglectful and physically abusive parenting behaviors among young parents. *Children and Youth Services Review*, 31, 761-767.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 106-117.
- Knox, M., Burkhart, K., & Khuder, S. A. (2011). Parental hostility and depression as predictors of young children's aggression and conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20, 800-811.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 47-63.
- Lengua, L. L. (2003). Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Applied Developmental Psychology*, 24, 595-618.
- Lengua, L. J., Bush, N. R., Long, A. C., Kovacs, E. A., & Trancik, A. M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology*, 20, 509-528.
- Li, F., & Godinet, M. T. (2014). The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence. *Children and Youth Services Review*, 36, 22-29.

- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M.G. (2013). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359-372.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
- Lyons-Ruth, K., Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relation among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., Sherry, S., & Llanas, L. (2004). Hostile-Helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 65-94). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R. P. (2007). A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment & Human Development*, 9, 1-16. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/14616730601151417>
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Yellin, C., & Atwood, G. (1995 – 2005). *Pervasively unintegrated/hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview (Unpublished coding manual)*. Cambridge, MA: Harvard Medical School.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318-335.



- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile-Helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, 5(4), 330-352.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L.-C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, 33, 2392-2398.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior and disorganized attachment : A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior, and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1042-1050.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Interview scoring and classification manual*. Unpublished manual. Berkley: University of California, Department of Psychology.
- Maniglio, R. (2009). The impact of sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.

- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D. J., & Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? *Aggression and Violent Behavior, 13*, 201-215.
- Melnick, S., Finger, B., Hans, S., Patrick, M., & Lyons-Ruth, K. (2008). Hostile-Helpless states of mind in the AAI : A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp. 399-426). New York, NY: The Guilford Press.
- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsy, G., Lemelin, J.-P., & Éthier, L. S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse and Neglect, 38*(8), 1351-1357.
- Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). The effect of maternal victimization on children: A cross-informant study. *Journal of Family Violence, 18*(1), 29-41.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*(4), 519-532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*(1), 195-210.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development & Psychopathology, 18*, 425-444.

- Moss, E., Tarabulsky, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., St-Laurent, D., Pascuzzo, K., & Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: Program implementation and case study. *Attachment & Human Development, 16*(4), 329-342.
- Nikulina, V., Spatz-Widom, C., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement, and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology, 48*, 309-321.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1439-1461.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W. J. M., Jansen, P. W., Ringoot, A. P., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Ayer, L., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., & Tiemeier, H. (2014). Maternal childhood maltreatment and offspring emotional and behavioral problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission. *Child Maltreatment, 19*(2), 67-78.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J., & the ALSPAC Study Team (2004). The effects of child sexual abuse in later family life: Mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect, 28*(5), 525-545.
- Shapiro, D. N., Kaplow, J. B., Amaya-Jackson, L., & Dodge, K. A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 157-163.
- Shonk, S. M., Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37*(1), 3-17.
- Statistiques Canada. (2008). *Les seuils de faible revenu de 2007 et les mesures de faible revenu de 2006*. Ottawa, Canada: Ministre de l'Industrie.

- Thompson, R. (2007). Mother's violence victimization and child behavior problems: Examining the link. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 306-315.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., & Kim, J. (2002). Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 487-500.
- Trickett, P. K., McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62, 13-27.
- Turney, K. (2012). Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors. *Social Science Research*, 41, 1546-1564.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006) Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1 to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005.

- Villodas, M. T., Litrownik, A. J., Thompson, R., Jones, D., Roesch, S. C., Hussey, J. M., Block, S., English, D. J., & Dubowitz, H. (2014). Developmental transitions in presentations of externalizing problems among boys and girls at risk for child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 27, 205-219.
- Williams, S. T., Conger, K. J., & Blozis, S. A. (2007). The development of interpersonal aggression during adolescence: The importance of parents, siblings, and family economics. *Child Development*, 78(5), 1526-1542.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A.-L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 282-289.
- Zajac, K., & Kobak, R. (2009). Caregiver unresolved loss and abuse and child behavior problems: Intergenerational effects in a high-risk sample. *Development and Psychopathology*, 21, 173-187.

Table 1. *Descriptive statistics for study variables*

| Study variables                | Descriptive statistics                          |                    |
|--------------------------------|---|--------------------|
|                                | % of participants above the<br>clinical cut-off | Mean ( <i>SD</i> ) |
| CTQ <sup>a</sup>               |   |                    |
| Emotional abuse                | 58%   | 12.78 (6.57)       |
| Physical abuse                 | 67%   | 8.81 (4.95)        |
| Sexual abuse                   | 65%   | 9.12 (6.53)        |
| Emotional neglect              | 62%   | 13.31 (5.87)       |
| Physical neglect               | 73%   | 8.00 (3.70)        |
| Behavior problems <sup>b</sup> |   |                    |
| Externalizing                  | 28%   | 59.77 (11.32)      |
| Internalizing                  | 23%   | 54.72 (10.71)      |
| H/H state of mind <sup>c</sup> | 66%   | 5.36 (1.98)        |

*Note.* <sup>a</sup>Range for CTQ scales is between 5 (absence of maltreatment) to 25 (severe/chronic maltreatment). <sup>b</sup>Mean scores for behavior problems are *T* scores.

<sup>c</sup>Range for H/H state of mind scale range from 1 to 9.

Table 2. *Hierarchical regression analyses predicting child behavior problems*

| Predictor variables              | $\Delta R^2$ | $\Delta F$ | df     | $\beta$ |
|----------------------------------|--------------|------------|--------|---------|
| Externalizing behavior problems  |              |            |        |         |
| Step 1                           | .11          | 7.20**     | (1,59) |         |
| Age of child                     |              |            |        | .33**   |
| Step 2                           | .13          | 4.87**     | (2,57) |         |
| Parental Childhood Trauma (CTQ)  |              |            |        | .15     |
| Parental H/H state of mind       |              |            |        | .29**   |
| Step 3                           | .09          | 7.19**     | (1,56) |         |
| Parental H/H state of mind X CTQ |              |            |        | .33**   |
| Internalizing behavior problems  |              |            |        |         |
| Step 1                           | .08          | 5.23*      | (1,59) |         |
| Age of child                     |              |            |        | .29*    |
| Step 2                           | .11          | 3.79*      | (2,57) |         |
| Parental Childhood Trauma (CTQ)  |              |            |        | .25     |
| Parental H/H state of mind       |              |            |        | .15     |
| Step 3                           | .07          | 5.49*      | (1,56) |         |
| Parental H/H state of mind X CTQ |              |            |        | .30*    |

*Note.* Externalizing problems: Total  $R^2 = .33$ ; Internalizing problems: Total  $R^2 = .26$ ;

\* $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . The categorical variable was used for H/H states of mind and was coded: -1 = non-H/H and 1 =

Figure 1. Interaction effects on externalizing behaviors

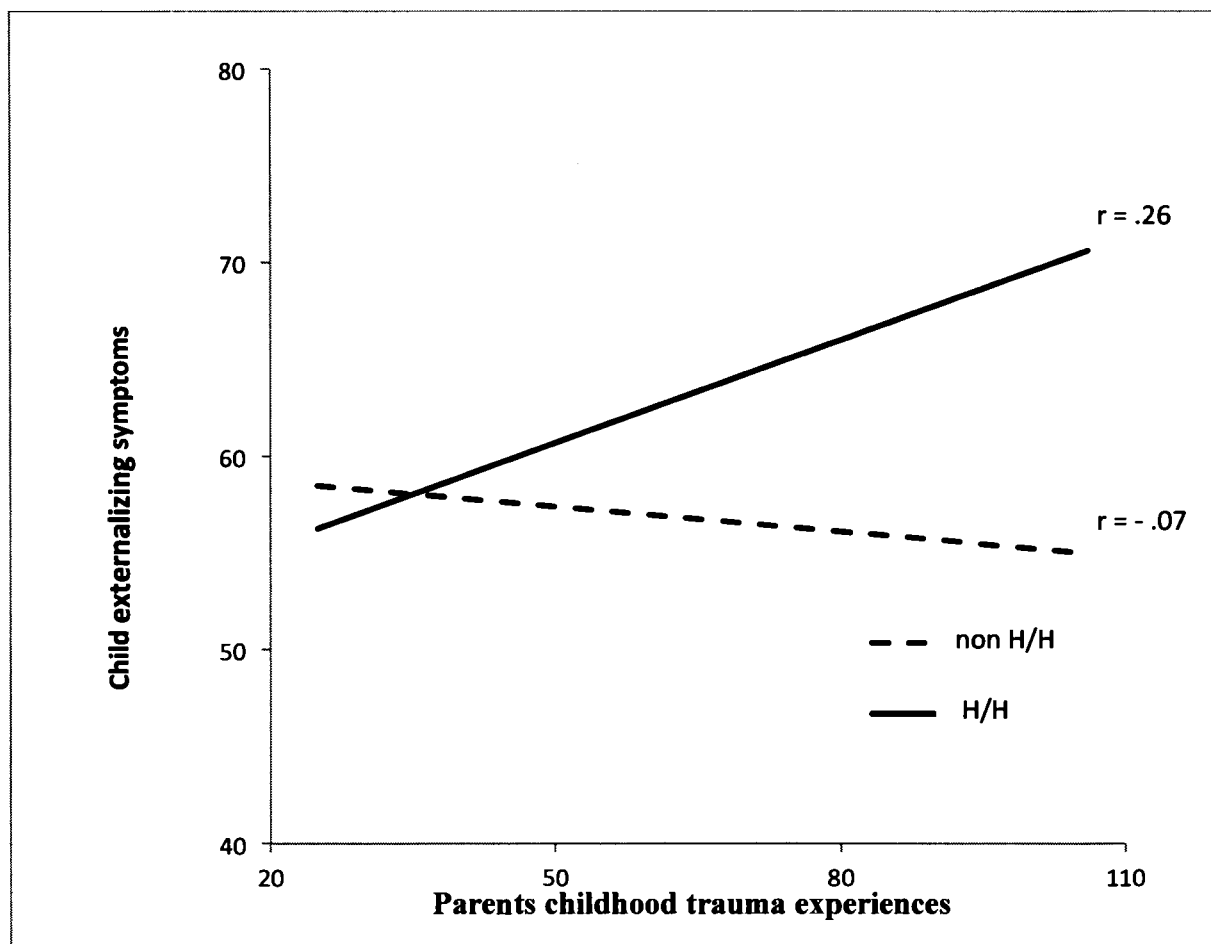
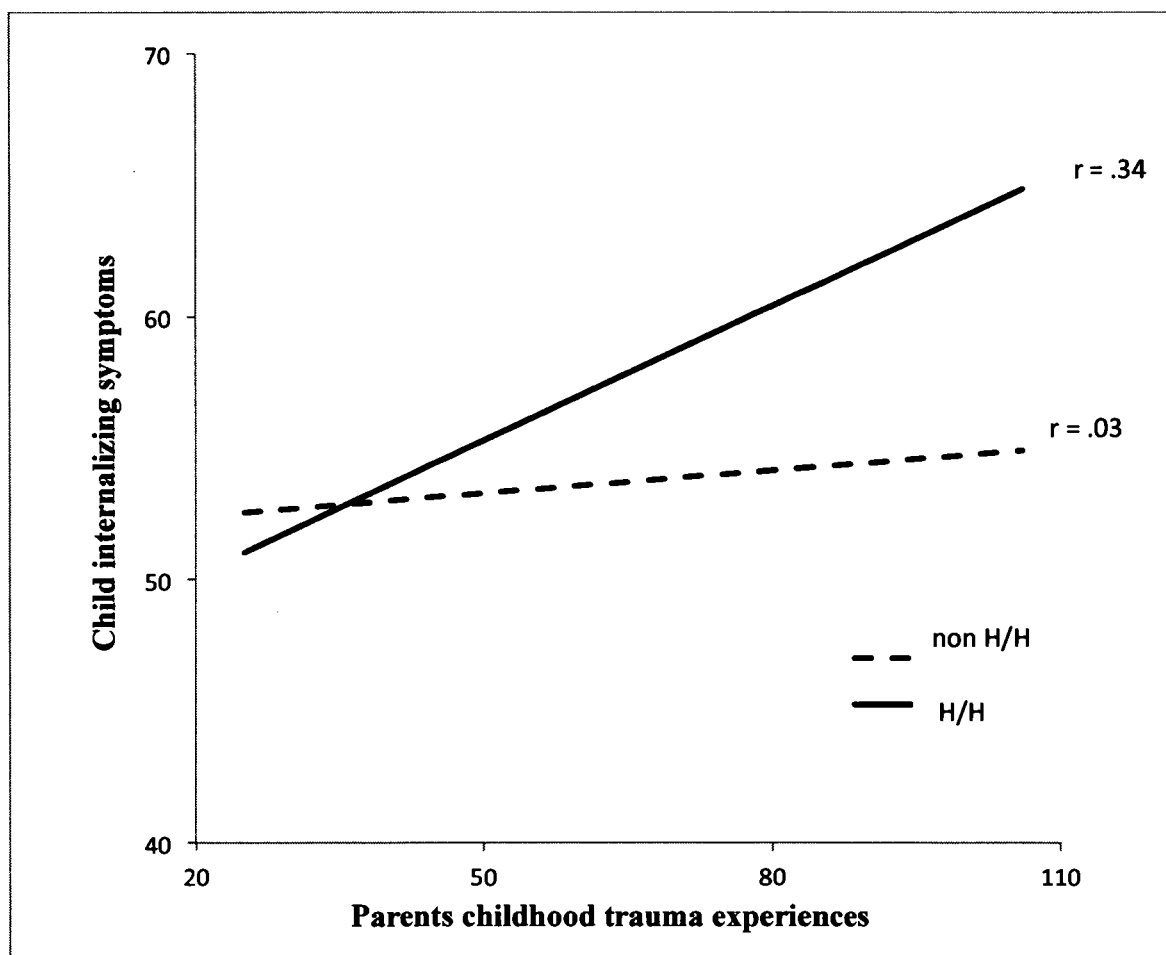




Figure 2. Interaction effects on internalizing behaviors



**CHAPITRE III**  
**DISCUSSION GÉNÉRALE**

## DISCUSSION GÉNÉRALE

### 3.1 Résultats de l'article

Cet essai est le premier à examiner le lien entre les états d'esprit Hostile/Impuissant (H/I) des parents en regard de leur attachement, leurs traumatismes de l'enfance et les problèmes de comportement extériorisés et intériorisés chez leurs enfants. De plus, ces liens ont été examinés auprès d'un échantillon de parents maltraitants et leurs enfants signalés à la Protection de la jeunesse. L'essai présenté sous forme d'un article posait les hypothèses suivantes : 1) les enfants de parents présentant un état d'esprit H/I auront des niveaux plus élevés de problèmes intériorisés et extériorisés ; 2) les enfants dont les parents ont des scores plus élevés sur les échelles de traumatismes dans l'enfance seront plus à risque de présenter des problèmes de comportement si leurs parents ont un état d'esprit H/I. En revanche, les enfants de parents avec une histoire de maltraitance dans l'enfance, mais qui ne présentent pas un état d'esprit H/I, seront moins à risque de présenter des problèmes de comportement. L'absence d'un état d'esprit H/I chez le parent, donc la présence d'un état d'esprit organisé, représente un facteur de protection pour l'enfant.

Les résultats montrent l'importance des traumatismes vécus dans l'enfance par le parent et le rôle des états d'esprits H/I des parents maltraitants comme prédicteurs des difficultés présentées chez leurs enfants. Précisément, notre étude a examiné le rôle modérateur des états d'esprit H/I du parent, à savoir si l'absence ou la présence d'un état d'esprit H/I agit en tant que facteur de protection ou de risque pour l'enfant maltraité. D'abord, notre étude montre que les enfants de parents présentant un état d'esprit H/I ont des niveaux plus élevés de problèmes extériorisés. Notre étude montre également que l'histoire de traumatismes dans l'enfance du parent n'est pas

associée aux problèmes de comportement extériorisés et intériorisés chez les enfants. Toutefois, un effet d'interaction est montré : les parents qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance ont des enfants présentant davantage de problèmes intériorisés et extériorisés s'ils présentent un état d'esprit H/I. L'état d'esprit H/I des parents agit ainsi comme un modérateur du lien entre la sévérité des expériences de maltraitance dans l'enfance du parent et la sévérité des problèmes de comportement chez les enfants. Pour les enfants de parents non H/I, l'association entre la sévérité des traumatismes des parents vécus dans l'enfance et les problèmes de comportement de leurs enfants n'est pas significative. Donc, la sévérité des traumatismes de l'enfance représente un facteur de risque additionnel pour l'enfant maltraité dont le parent présente un état d'esprit H/I. Par contre, l'absence d'un état d'esprit H/I, soit la présence d'un état d'esprit organisé, représente un important facteur de protection pour l'enfant victime de maltraitance, un peu comme un filtre qui permettrait de limiter les effets des traumatismes parentaux antérieurs et ainsi protéger l'enfant de présenter des problèmes sévères de comportement.

Les expériences d'abus et de négligence dans l'enfance représentent des éléments de stress chroniques qui peuvent affecter le développement de l'enfant et son fonctionnement ultérieur à l'âge adulte. Les parents avec une histoire de traumatisme sont à risque de se retrouver dans un cycle de transmission intergénérationnelle d'expériences traumatiques (Milot et al., 2014). Selon les recherches, le parent qui a lui-même été exposé à des donneurs de soins maltraitants dans son enfance se retrouve, dans l'exercice de son rôle parental, devant le dilemme où il doit aborder ses propres besoins d'attachement qui sont réactivés, mais où il doit aussi répondre aux besoins de sécurité et de réconfort de son enfant. Cette situation crée une tension interne intense qui peut amener le parent à exhiber envers son enfant des comportements d'hostilité ou d'impuissance caractéristiques d'un état d'esprit H/I. Les états d'esprit H/I sont construits sur la base des expériences d'enfance du parent avec ses propres figures d'attachement et guident ses interactions avec son enfant

(Lyons-Ruth, Melnick, Bronfman, Sherry, & Llanas, 2004). Ainsi, le parent dont les besoins de réconfort n'ont pas été rencontrés alors qu'il était lui-même enfant ou qui a été victime d'abus physique ou sexuel se retrouve avec peu de ressources personnelles pour réguler ses émotions. Cette dysrégulation, à un jeune âge, suscite le développement de processus défensifs précaires, tels la dissociation (ou ségrégation des modèles internes d'attachement) des expériences d'attachement pour faire face à la détresse chronique (Bowlby, 1980). Lorsque ces processus persistent dans le temps, ils sont réactivés chez le parent lorsqu'il doit faire face à la détresse que peut vivre son propre enfant au quotidien. Les situations de stress vécues avec l'enfant et la détresse de celui-ci peuvent alors évoquer chez le parent des souvenirs qui éveillent des expériences d'attachement antérieures chargées d'émotions négatives, de vulnérabilité et de peur, qui le laissent finalement impuissant face à la détresse de son enfant. Dans ces moments, le parent est susceptible de recourir à la dissociation et présenter des réponses émotionnelles d'attaque « *fight* » (colère, hostilité, agression) ou de fuite « *flight* » (dissociation, retrait) envers son enfant. Selon Hesse & Main (2006), ces réponses comportementales, conséquences de l'impuissance et de la dissociation, sont effrayantes pour l'enfant et l'amènent à développer des difficultés de régulation émotionnelle importantes.

Ces réponses comportementales de fuite et d'attaque sont associées aux états d'esprit H/I et réfèrent respectivement au sous-type Impuissant et Hostile (Lyons-ruth et al., 2004). Ces parents, afin d'éviter d'être submergés par des émotions négatives, s'engageront dans des comportements apeurants (hostilité) ou apeurés (impuissance) envers leur enfant. Celui-ci, à son tour, ressentira de la peur face à ses besoins de réconfort non-comblés et aux réactions inadéquates de son parent et pourra réagir en adoptant des comportements inadéquats de type intériorisé ou extériorisé. Ces interactions parent-enfant perpétuent le cycle intergénérationnel de modèles d'interactions dysfonctionnels.

### 3.2 Limites de l'étude et recherches futures

Malgré les forces de l'étude, en particulier le fait qu'elle recourt à une entrevue et une analyse des données fondée sur un excellent accord inter-juge, l'étude présente certaines limites. Premièrement, nous avons utilisé une mesure rétrospective des traumatismes vécus dans l'enfance par les parents (Childhood Trauma Questionnaire ; Bernstein & Fink, 1998). Cet outil fait appel aux souvenirs ce qui peut introduire un biais dans les traumatismes rapportés. De plus, les symptômes de psychopathologie tels que l'anxiété ou la dépression, qui sont fréquemment observés chez les échantillons à risque, peuvent affecter la capacité des parents à se souvenir des événements de leur enfance (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993). L'utilisation d'entrevues semi-structurées pourrait contribuer à atténuer cette limite.

Deuxièmement, malgré que le CBCL soit un instrument valide dont les propriétés psychométriques sont bien établies, les comportements intériorisés, tels que les symptômes dépressifs et anxieux, sont parfois sous-estimés par les parents et ce, davantage avec les enfants de 6 ans et moins, ce qui constitue notre échantillon. Les comportements extériorisés sont plus facilement identifiables, car plus visibles et plus dérangeants alors que les symptômes d'anxiété et de dépression passent plus souvent inaperçus. Tel que montré par plusieurs études, les comportements intériorisés rapportés par les parents sont en-deçà des taux rapportés pour les comportements extériorisés (entre 24% et 44% pour les problèmes extériorisés et entre 9% et 15% pour les problèmes intériorisés ; Cicchetti, & Rogosch, 2001; Ethier, Lemelin, & Lacharité, 2004; Li & Godinet, 2014). Également, lorsque les symptômes intériorisés sont rapportés par les parents, les taux sont inférieurs aux taux rapportés par les enfants eux-mêmes, ce qui peut porter à croire que les problèmes intériorisés sont sous-estimés par les parents (Barrett et al., 1991). Même pour des échantillons

normatifs, il a été montré que les parents et les enseignants sont moins habiles que les enfants eux-mêmes à évaluer les problèmes intériorisés (Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, & Berthiaume, 2006). Aussi, il est possible que les parents présentant un état d'esprit H/I soient moins aptes à reconnaître les symptômes intériorisés chez leur enfant, ayant eux-mêmes de grandes difficultés à se connecter à leur propre état interne, à leurs sentiments, émotions et pensées. D'un point de vue développemental, il est également possible, compte tenu du bas âge des enfants de notre échantillon (41.70 mois d'âge moyen), que les symptômes intériorisés ne soient pas encore détectables (Dubois-Comtois, Cyr, & Moss, 2011; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau &, St-Laurent, 2004). Il serait intéressant de reproduire l'étude en utilisant des mesures différentes et des informateurs autres que les parents, tel qu'un autre adulte significatif comme l'éducateur en garderie.

Troisièmement, ayant utilisé un seul temps de mesure, nous devons considérer que les effets montrés peuvent être bidirectionnels. Il est possible que les problèmes de comportement sévères de certains enfants ont pu contribuer à l'activation d'un état d'esprit Hostile ou Impuissant chez le parent. Un devis longitudinal aurait permis de vérifier la stabilité des états d'esprit dans le temps et l'impact sur les problèmes de comportement des enfants tout au cours de leur développement de la naissance à l'âge scolaire.

Finalement, le nombre restreint de pères dans l'échantillon ( $n = 61$ , pères = 3) ne nous a pas permis d'évaluer les différences possibles des variables à l'étude en fonction du sexe du parent. Paquette (2004) s'est intéressé aux fonctions parentales distinctes de la mère et du père, celui-ci ayant une fonction davantage de stimulation et de discipline, alors que la mère joue davantage un rôle de désactivation et de protection (« nurturing »). Dans cette perspective, l'impact des traumatismes dans l'enfance et des états d'esprit s'opère potentiellement de façon différente selon le sexe du parent et les conséquences sur les comportements des enfants peuvent

s'avérer distinctes. Dans les recherches futures, il serait intéressant d'évaluer si les problèmes de comportement des enfants diffèrent en fonction du sexe du parent.

Dans la présente étude, le lien entre les traumatismes de l'enfance, les états d'esprit H/I et les problèmes de comportement chez les enfants a été montré sans toutefois examiner le processus comportemental via lequel les états d'esprits H/I peuvent expliquer les problèmes de comportement chez les enfants. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les parents ayant vécu des traumatismes dans l'enfance adoptent des comportements délétères envers leur enfant et ont des interactions parent-enfant inadéquates. Dans le cadre de recherches futures, il serait intéressant d'utiliser des mesures comportementales et d'analyser les interactions parent-enfant, en particulier les comportements parentaux effrayants, comme médiateurs potentiels pouvant expliquer le lien entre les états d'esprit H/I et le fonctionnement socio-émotionnel de l'enfant.

### 3.3 Implications cliniques des résultats

Il a été largement montré que les parents maltraitants se retrouvent souvent dans des situations précaires et présentent plusieurs facteurs de risque, tels que la monoparentalité, un faible revenu et un faible niveau d'éducation, pouvant augmenter leur vulnérabilité. L'adoption de pratiques parentales inadéquates est ainsi accrue chez une proportion importante de parents vulnérables, ce qui place l'enfant à risque de présenter des symptômes dépressifs, anxieux, de retrait social et des comportements d'agressivité et d'opposition. Il est donc essentiel de cibler cette clientèle dans les programmes de prévention et d'intervention.

L'évaluation des expériences traumatiques des parents à risque est simple et peu coûteuse. Des instruments existants ont fait leur preuve tel que le Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) qui est une mesure valide et largement



utilisée. Un dépistage précoce des parents à risque permettrait d'intervenir en période prénatale ou dès la naissance de l'enfant. Des interventions pourraient viser à aborder les traumatismes de l'enfance dans le but de conscientiser le parent de leur impact potentiel sur l'enfant et ultimement d'en faire la résolution et diminuer le cycle de transmission de la maltraitance. Le programme « Parallel Parent and Child Therapy (PPACT) » (Chambers, Amos, Allison, & Roeger, 2006) est une intervention fondée sur la théorie de l'attachement pour les dyades mère-enfant qui vivent une rupture relationnelle et qui présentent des perturbations importantes très tôt dans la vie de l'enfant. Les perturbations observées au sein de la relation sont considérées comme un trauma de la dyade, lequel reflète souvent la transmission intergénérationnelle d'un trauma relationnel (Furber, Amos, Segal, & Kasprzak, 2013). La relation dysfonctionnelle parent-enfant a un double impact, car elle affecte les modèles opérants internes de l'enfant et du parent qui peuvent, à leur tour, favoriser l'apparition de comportements inadéquats chez l'enfant et de l'abus de la part du parent. La PPACT vise l'amélioration de la relation parent-enfant, mais également la résolution des traumas de l'enfance du parent. Elle se divise en quatre étapes de durées variables pour une intervention totale de 11 à 18 mois, ce qui en fait un programme d'intervention de longue durée. L'ensemble du programme se passe dans une salle de jeu, où l'enfant est avec son parent ou avec un thérapeute alors que le parent observe. Les quatre étapes visent : a) l'élaboration de l'histoire des événements difficiles vécus par la dyade ; b) la compréhension de l'enfant à travers le jeu libre et l'exploration avec le parent de sa propre histoire d'enfance ; c) l'observation de l'enfant par le parent et l'expression des pensées, sentiments et émotions vécus ; d) le jeu partagé entre le parent et l'enfant. Ce type d'intervention pour traiter des dyades mère-enfant à très haut risque a montré des effets positifs pour l'enfant, la mère et la dyade, où une amélioration des symptômes psychiatriques chez la mère et l'enfant et une amélioration dans la relation dyadique ont été observées (Furber et al., 2013). De plus, ces améliorations ont également eu un impact sur le fonctionnement scolaire et les relations interpersonnelles chez l'enfant.

Malgré l'intérêt d'une telle démarche thérapeutique, certains chercheurs et intervenants se questionnent sur la nécessité de travailler les traumatismes de l'enfance (Brière, 2002 ; Hoglend, 2003). En effet, une question clinique importante est soulevée: pour améliorer la qualité des interactions parent-enfant, est-il préférable d'aider le parent à résoudre un trauma antérieur, considérant que cette démarche puisse être de longue durée et très difficile ou vaut-il mieux outiller la dyade parent-enfant sans aborder le trauma afin d'éviter l'augmentation de comportements inadéquats à court terme? La résolution du trauma implique de questionner l'impact du trauma d'enfance sur la relation parent-enfant et ce travail implique le risque que des symptômes soient exacerbés temporairement et que la vulnérabilité de la dyade augmente (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003). L'approche clinique ne visant pas à traiter le trauma a plus souvent qu'autrement comme cible d'intervention la modification des comportements. Par exemple, plusieurs interventions fondées sur la théorie de l'attachement ont pour objectif de réduire les comportements insensibles, voire effrayants du parent pour favoriser un développement socio-émotionnel optimal chez l'enfant (Benoit, Madigan, Lecce, Shea, & Goldberg, 2001). Ce type de traitement a comme principal focus d'accroître la sensibilité parentale.

Le programme d'intervention relationnelle en attachement est un exemple d'intervention de courte durée visant à promouvoir la sensibilité parentale et favoriser le développement socio-émotionnel de l'enfant. Les études réalisées sur cette intervention montrent des résultats positifs de cette intervention pour le parent et son enfant (Moss et al., 2011). L'intervention relationnelle comprend huit visites à domicile (Moss et al., 2011). Elle vise à prévenir les symptômes de psychopathologies et favoriser un développement plus positif chez l'enfant. L'intervention relationnelle a ceci de particulier qu'elle utilise la rétroaction vidéo auprès du parent pour favoriser sa sensibilité et qu'elle a également été évaluée auprès d'enfants d'âge préscolaire. En terme de sensibilité, l'intervention

relationnelle vise donc à soutenir le parent dans ses habiletés à maintenir son rôle d'autorité dans la relation et éviter les renversements de rôles, lesquels peuvent entraîner le développement de comportements d'attachement désorganisé et contrôlant et être prédicteurs de problèmes extériorisés et intériorisés à l'âge scolaire (Moss et al., 2006). La rétroaction vidéo vise le renforcement des interactions et des comportements positifs du parent. Elle est fondée sur la conviction que le parent dispose d'un répertoire de comportements positifs et l'accent mis sur ceux-ci plutôt que sur ses failles et ses faiblesses est un moteur de changement considérable pour le parent. Le parent, à qui on demande de vivre de nouvelles expériences de jeu plus positives avec son enfant et qui a l'occasion de visionner ces interactions positives, devient plus confiant en ses capacités et développe de nouvelles compétences qui permettent de favoriser le changement et ultimement le maintien de ses acquis. De plus, en voyant les réactions positives de son enfant, il est renforcé dans ses comportements et découvre le plaisir d'une interaction positive et réciproque.

Les familles de notre échantillon ont eu l'occasion de participer à l'intervention relationnelle. Selon un devis à essai randomisé avec des évaluations pré et post tests, les résultats rapportés dans une étude précédente (Moss et al., 2011) ont montré de nettes améliorations au plan de la sensibilité parentale et une amélioration de la sécurité d'attachement chez les enfants en plus d'une diminution significative de leurs problèmes de comportement intériorisés et extériorisés au terme de l'intervention et en comparaison au groupe contrôle. Cependant, aucune donnée n'a pu être recueillie dans les mois suivant la fin de l'intervention et Moss et ses collègues n'ont pu observer le maintien des acquis à moyen et long termes. Un défi se pose pour les concepteurs d'interventions à court terme dans la démonstration des effets des changements de comportements parentaux sur les représentations d'attachement du parent.

À la lumière des résultats de la présente étude, une composante individuelle d'intervention axée sur les représentations d'attachement du parent serait certainement intéressante à ajouter au protocole de l'intervention relationnelle afin de favoriser le maintien des acquis. Ainsi, l'entrevue d'attachement adulte est un outil très utile pour détecter l'état d'esprit des parents à risque et l'utilisation de la grille d'évaluation des états d'esprit H/I, une option très intéressante en termes de prévention pour une population maltraitante. Idéalement, un dépistage dans la période prénatale serait une option de choix dans une perspective d'intervention précoce. Les adultes présentant les caractéristiques d'un état d'esprit H/I adoptent des comportements polarisés, soit des comportements hostiles et intrusifs ou d'impuissance par un retrait physique et émotionnel, ainsi que des comportements contradictoires (Lyons-Ruth & Block, 1996 ; Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Ces comportements reflètent des patrons relationnels de victime/agresseur en lien avec l'histoire d'enfance du parent. Ces comportements placent l'enfant dans une situation d'insécurité affective. Le parent avec un état d'esprit H/I est pris entre la peur d'être détesté en imposant des limites à son enfant comme le parent dominant de son enfance ou en étant incapable d'imposer des limites et que son enfant devienne la figure maltraitante qui était détestée ou effrayante. Il peut également craindre que sa colère envers un parent qui n'a pas su répondre à ses besoins au plan de l'attachement se reflète dans sa relation avec son enfant en exprimant cette colère de façon destructive et abusive envers son enfant. Ces dilemmes, de toute évidence, ne sont pas conscients pour les parents (Lyons-Ruth et al., 2004). Le parent avec un état d'esprit H/I se retrouve avec un modèle opérant interne où l'agression et l'abandon émotionnel sont entremêlés et dans lequel il a de la difficulté à assumer son rôle de soutien émotionnel pour son enfant. En tenant compte de cet aspect, une intervention individuelle, basée sur la théorie de l'attachement, vise à prévenir la consolidation d'une dynamique hostile/impuissante entre le parent et l'enfant. L'espace thérapeutique peut permettre au parent de comprendre comment son état d'esprit H/I lui a permis de s'adapter à son environnement. Il peut ainsi développer de la

compassion envers lui-même et ses propres besoins en termes d'attachement. De là, il est plus à même de comprendre les besoins de son enfant (Melnick et al., 2008). Également, la relation thérapeutique peut représenter pour le parent une source de sécurité et un endroit où il peut expérimenter une relation saine au sein de laquelle les émotions négatives n'entraînent ni attaque ni abandon. Ce modèle relationnel peut générer des changements dans les modèles opérants internes du parent et lui permettre de reconnaître et d'interpréter de façon adéquate les émotions vécues avec son enfant. La thérapie peut soutenir le parent dans l'exploration d'une gamme d'émotions plus large, ce qui peut ensuite l'aider à différencier les besoins de son enfant et y répondre de façon adéquate (Lyons-Ruth & Spielman, 2004).

En somme, différentes approches sont possibles dans le traitement des parents présentant des états d'esprit H/I en regard de l'attachement et des traumatismes d'enfance afin de minimiser les effets négatifs sur la prochaine génération, mais des enjeux d'efficacité demeurent et mériteront être examinés dans les prochaines études.

**APPENDICE A**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DU PARENT

Ce formulaire vise à obtenir votre consentement concernant votre participation et celle de votre enfant à une étude portant sur l'évaluation d'un programme d'intervention en « attachement » dirigé par Thomas Lebeau des Centres Jeunesse de Lanaudière (CJL). La direction du volet recherche est assumée par Ellen Moss Ph.D., Université du Québec à Montréal.

Cette intervention vise à améliorer la qualité de la relation entre vous et votre enfant de manière à ce que ce dernier puisse avoir un bon développement émotionnel et social. Ceci demandera de votre part 3 types de participation :

Rencontres d'évaluation à domicile : Il y aura 3 rencontres d'évaluation à votre maison d'une durée d'environ 120 minutes chacune. Deux professionnelles, spécialement formées à cet effet, vous demanderont de compléter quelques questionnaires et exercices avec votre enfant. Cette évaluation porte sur divers éléments qui concernent le développement de votre enfant. Elle porte également sur vos expériences de vie comme parent et comme personne. Dans certains cas, ces évaluations seront enregistrées sur bande audio ou vidéo.

Rencontres d'évaluation aux Centres Jeunesse de Lanaudière : Dans le cadre de 2 rencontres au CJL, vous et votre enfant participerez à diverses activités interactives filmées. De plus, une évaluation du développement de votre enfant sera réalisée.

Rencontres d'intervention : L'intervention est de 14 rencontres. Elle se déroule à votre domicile. Lors de ces rencontres d'environ 90 minutes, vous ferez différentes activités avec votre enfant. Avec votre consentement, ces activités seront filmées, ce qui vous permettra par la suite de les regarder et d'en discuter avec votre intervenant en « attachement ».

Selon votre décision ou celle des personnes concernées par l'intervention, vous pourrez mettre fin à votre participation en tout temps, et ce, sans que cela n'affecte votre suivi habituel au CJL. Si vous acceptez de participer à cette intervention, vous serez assignée, au hasard, à l'un des deux groupes.

- Groupe 1 :
  - 1) 3 rencontres d'évaluation (pendant 3 semaines)
  - 2) 14 semaines plus tard: 2 rencontres d'évaluation (pendant 2 semaines)
  - 3) 14 semaines d'intervention (1 fois par semaine pendant 3 semaines).
- Groupe 2 :
  - 1) 3 rencontres d'évaluation (pendant 3 semaines)
  - 2) 14 semaines d'intervention (1 fois par semaine pendant 3 semaines).
  - 3) 2 rencontres d'évaluation (pendant 2 semaines).

Nous souhaitons également obtenir votre consentement afin de consulter le dossier de votre enfant aux CJL. Les informations qui y seront puisées ne serviront qu'à documenter l'intervention.

Quelques renseignements dont vous serez toujours mis au courant, concernant votre participation et celle de votre enfant dans le projet, seront transmis à votre intervenant autorisé des CJL. Vous pourrez en connaître le contenu en consultant le document en annexe de ce formulaire.

**Avantages et inconvénients de la participation au projet :** Votre participation à ce projet comporte plusieurs avantages. Premièrement avec l'aide d'une intervenante, vous aurez l'opportunité d'améliorer votre qualité de vie et celle de votre enfant. Deuxièmement, **afin de vous remercier** pour votre précieuse collaboration, l'équipe de recherche s'engage à vous remettre une somme de 50\$. Dans la même optique, l'intervenant du projet vous offrira de même qu'à votre enfant, une collation à toutes ses visites d'intervention et un repas pour toute la famille, à la fin. Il y aura également quelques surprises pour l'enfant pendant cette période. L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre un résumé global des résultats.

Il est possible que lors de l'évaluation ou de l'intervention, vous viviez des inconforts en lien avec certains thèmes discutés. Si cela se produisait, nous vous demandons d'en parler immédiatement avec le professionnel de recherche et/ou l'intervenant présent, qui pourront vous aider ou vous guider vers une ressource.

Il est possible, toujours avec votre consentement, que l'équipe de recherche vous contacte ultérieurement, dans l'éventualité de la poursuite du projet.

**Confidentialité :** Soyez assurée que toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure confidentielle. Les noms des parents et des enfants prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification. Les données obtenues ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche et seront conservées dans des classeurs sous clé. Les enregistrements vidéo et audio seront utilisés à des fins de recherche et d'enseignement et conservés jusqu'à la fin du projet. Par ailleurs, si dans le cadre de cette démarche, des éléments laissent soupçonner que la sécurité ou le développement de votre enfant sont compromis, il pourrait y avoir obligation de faire un signalement auprès du Directeur de la protection de la jeunesse ceci, au même titre que tout citoyen.

**Personnes ressources :** Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter Mme Chantal Cyr au (514) 987-



3000 poste 7880. De plus, pour toute plainte ou commentaire concernant le déroulement de la recherche, vous pouvez joindre Mme Stéphanie Larin, coordonnatrice du projet « attachement » aux Centres Jeunesse de Lanaudière au (450) 729-5333, poste 2651.

---

**J'accepte :** *(cocher les énoncés qui sont acceptés par le parent)*

- ☐ ***de participer à cette recherche impliquant les Centres Jeunesse de Lanaudière car on m'a expliqué verbalement le projet et que j'ai lu et compris les informations relatives à ma participation.***
- ☐ ***que le dossier de mon enfant aux Centres Jeunesse de Lanaudière soit consulté en vue de documenter l'intervention et la recherche.***
- ☐ ***qu'un rapport périodique soit remis à l'intervenant autorisé des Centres Jeunesse de Lanaudière nommé « Rapport remis à l'intervenant » tel que présenté à l'Annexe 2 de ce document***
- ☐ ***que les enregistrements vidéo et audio seront utilisés à des fins d'enseignement***
- ☐ ***que l'on communique avec moi pour fin de recherche, une fois le projet terminé***

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

(ou de son représentant)

**APPENDICE B**  
**INSTRUMENTS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>B.1 Child Behavior Checklist (CBCL parent) .....</b> | <b>75</b> |
| <b>B.2 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....</b>    | <b>80</b> |
| <b>B.3 Entrevue d'attachement adulte .....</b>          | <b>83</b> |
| <b>B.4 Hostile/Helpless indicators .....</b>            | <b>94</b> |
| <b>B.5 Questionnaire socio-démographique .....</b>      | <b>98</b> |

**B.1**

**Child Behavior Checklist (CBCL parent)**

## LISTE DES COMPORTEMENTS POUR ENFANTS (version parent)

(Achenbach & Rescorla; 2000) (1.5 – 5 ans)

Traduction révisée par Lemelin, J.P. et St-Laurent, D. (Décembre 02)

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nom de l'enfant  |  | OCCUPATION HABITUELLE DES PARENTS, même s'ils ne travaillent pas actuellement (soyez spécifique : par exemple : mécanicien d'auto, professeur au primaire, vendeur de souliers, ménagère, papetier, assisté social, etc.) |
| Sexe :<br>( ) Garçon ( ) Fille   | Âge :  | Occupation du père :  |
| Date d'aujourd'hui<br>An ____ Mois ____ Jour ____  | Date de naissance<br>An ____ Mois ____ Jour ____ | Occupation de la mère :   |
| Veuillez remplir ce questionnaire de façon à ce que nous puissions obtenir votre opinion sur le comportement de votre enfant même si d'autres personnes n'ont pas la même opinion que vous. N'hésitez pas à ajouter n'importe quel commentaire additionnel à côté de chaque item et dans l'espace fourni à la dernière page. |  | Ce questionnaire a été rempli par : _____<br><input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Autre: _____   |

Voici une liste d'items qui servent à décrire les enfants. Pour chaque item qui correspond à votre enfant maintenant ou depuis 2 mois, encerclez le chiffre 2 si l'item est très vrai ou souvent vrai pour l'enfant. Encerclez le chiffre 1 si l'item est un peu ou quelques fois vrai pour l'enfant. Si l'item n'est pas vrai (dans la mesure de votre connaissance) pour l'enfant, encerclez le 0. Veuillez répondre de votre mieux à tous les items, même si certains ne semblent pas s'appliquer à l'enfant.

0 = Pas vrai

1 = un peu ou quelques fois vrai

2 = Très vrai ou souvent vrai

- |       |  |
|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Maux ou douleurs (sans cause médicale; ne pas inclure maux de ventre ou de tête). |
| 0 1 2 | 2. Se comporte d'une manière trop jeune pour son âge.                                |
| 0 1 2 | 3. A peur d'essayer des nouvelles choses.  |
| 0 1 2 | 4. Évite de regarder les autres dans les yeux.                                       |

- |       |   |
|-------|---|
| 0 1 2 | 5. Ne peut se concentrer, ne peut être attentif longtemps.          |
| 0 1 2 | 6. Ne peut rester assis tranquille, agité ou hyperactif.            |
| 0 1 2 | 7. Ne peut pas supporter que les choses ne soient pas à leur place. |

- 0 1 2 8. Ne peut pas supporter d'attendre; veut toujours tout immédiatement.
- 0 1 2 9. Mâche des choses qui ne sont pas comestibles.
- 0 1 2 10. S'accroche aux adultes ou trop dépendant.
- 0 1 2 11. Recherche constamment de l'aide.
- 0 1 2 12. Constipé, ne fait pas de selles (lorsqu'il/elle n'est pas malade).
- 0 1 2 13. Pleure souvent.
- 0 1 2 14. Cruel envers les animaux.
- 0 1 2 15. Provocateur.
- 0 1 2 16. Ses demandes doivent être comblées tout de suite.
- 0 1 2 17. Brise ses propres choses.
- 0 1 2 18. Brise les choses qui appartiennent à sa famille ou aux autres enfants.
- 0 1 2 19. Diarrhées ou va souvent à la selle (lorsqu'il/elle n'est pas malade).
- 0 1 2 20. Désobéissant.
- 0 1 2 21. Dérangé par n'importe quel changement dans la routine.
- 0 1 2 22. Ne veut pas dormir seul.
- 0 1 2 23. Ne répond pas lorsque les autres lui parlent.
- 0 1 2 24. Ne mange pas bien (décrire) : \_\_\_\_\_
- 0 1 2 25. Ne s'entend pas avec les autres enfants.
- 0 1 2 26. Ne sait pas comment s'amuser, agit comme un petit adulte.
- 0 1 2 27. Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit.
- 0 1 2 28. Ne veut pas sortir de la maison
- 0 1 2 29. Facilement frustré.
- 0 1 2 30. Facilement jaloux.

- 0 1 2 31. Mange ou boit des choses qui ne sont pas de la nourriture - ne pas inclure les sucreries (décrire) : \_\_\_\_\_
- 0 1 2 32. A peur de certains animaux, certaines situations, certains endroits (décrire) \_\_\_\_\_
- 0 1 2 33. Facilement blessé dans ses sentiments.
- 0 1 2 34. Se blesse souvent, enclin aux accidents.
- 0 1 2 35. Se bagarre souvent.
- 0 1 2 36. Se frappe contre n'importe quoi parce qu'il ne porte pas attention.
- 0 1 2 37. Réagit trop fortement lorsque séparé de ses parents.
- 0 1 2 38. A de la difficulté à s'endormir.
- 0 1 2 39. Maux de tête (sans cause médicale).
- 0 1 2 40. Frappe les autres.
- 0 1 2 41. Retient sa respiration.
- 0 1 2 42. Fait mal aux animaux ou aux personnes sans faire exprès.
- 0 1 2 43. A l'air malheureux sans raison suffisante.
- 0 1 2 44. Humeur colérique.
- 0 1 2 45. Nausées, se sent malade (sans cause médicale).
- 0 1 2 46. Mouvements nerveux ou tics (décrire) : \_\_\_\_\_
- 0 1 2 47. Nerveux, stressé ou tendu.
- 0 1 2 48. Cauchemars.
- 0 1 2 49. Mange trop.
- 0 1 2 50. Extrêmement fatigué sans raison apparente.
- 0 1 2 51. Manifeste de la panique sans raison apparente.
- 0 1 2 52. Douleurs lors des selles (sans cause médicale).
- 0 1 2 53. Attaque physiquement les gens.
- 0 1 2 54. Se gratte le nez, la peau ou d'autres parties du corps (décrire) : \_\_\_\_\_
- 0 1 2 55. Joue trop avec ses organes sexuels.
- 0 1 2 56. Est mal coordonné ou maladroit.

- 0 1 2 57. Problèmes aux yeux (sans cause médicale).  
(décrire) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 58. La punition ne change pas son comportement.
- 0 1 2 59. Passe rapidement d'une activité à une autre.
- 0 1 2 60. Rougeurs ou autres problèmes de peau (sans cause médicale).
- 0 1 2 61. Refuse de manger.
- 0 1 2 62. Refuse de participer à des jeux actifs.
- 0 1 2 63. Se balance répétitivement la tête ou le corps.
- 0 1 2 64. Refuse d'aller au lit le soir.
- 0 1 2 65. Ne veut pas apprendre à être propre;  
(décrivez) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 66. Crie souvent.
- 0 1 2 67. Semble insensible à l'affection
- 0 1 2 68. Gêné ou facilement embarrassé.
- 0 1 2 69. Égoïste ou ne partage pas.
- 0 1 2 70. Manifeste peu d'affection envers les personnes.
- 0 1 2 71. Manifeste peu d'intérêt face aux choses qui l'entourent.
- 0 1 2 72. N'a pas assez peur de se blesser, imprudent.
- 0 1 2 73. Trop gêné ou timide.
- 0 1 2 74. Dort moins que la plupart des enfants durant le jour ou la nuit, (décrivez) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 75. Se salit ou joue avec ses selles.
- 0 1 2 76. Problèmes de langage, (décrire) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 77. Regarde dans le vide ou semble préoccupé.
- 0 1 2 78. Maux de ventre ou crampes abdominales (sans cause médicale).

- 0 1 2 79. Changements rapides entre la tristesse et la surexcitation.
- 0 1 2 80. Comportement étrange, (décrire) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 81. Entêté, maussade ou irritable.
- 0 1 2 82. Changements soudains d'humeur ou d'émotions.
- 0 1 2 83. Boude souvent.
- 0 1 2 84. Parle ou pousse des cris dans son sommeil.
- 0 1 2 85. Pique des crises ou tempérament colérique.
- 0 1 2 86. Trop soucieux de son apparence ou de sa propreté.
- 0 1 2 87. Trop craintif ou anxieux
- 0 1 2 88. Peu coopératif.
- 0 1 2 89. N'est pas actif, bouge lentement ou manque d'énergie.
- 0 1 2 90. Malheureux, triste ou déprimé.
- 0 1 2 91. Anormalement bruyant.
- 0 1 2 92. Dérangé par des personnes ou situations nouvelles, (décrivez) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 93. Vomissements (sans cause médicale).
- 0 1 2 94. Se réveille souvent la nuit.
- 0 1 2 95. Quitte la maison sans avertir.
- 0 1 2 96. Demande beaucoup d'attention.
- 0 1 2 97. Pleurniche
- 0 1 2 98. Retiré, ne se mêle pas aux autres
- 0 1 2 99. Inquiet.
- 0 1 2 100. Veuillez indiquer tout autre problème que l'enfant a et qui n'est pas mentionné ci-haut :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a une maladie ou un handicap (soit physique ou mental)?

☐ Non    ☐ Oui – Veuillez décrire s.v.p.

---

---

---

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus à propos de votre enfant?

---

---

---

Veuillez décrire les points forts de votre enfant :

---

---

---

**B.2**

**Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**



# Le questionnaire des traumatismes de l'enfance

## PARTIE 1

«Childhood Trauma Questionnaire » Bernstein & Fink, 1998

Traduit par

Carl Lacharité, Renèle Desaulniers et Diane St-Laurent, GREDEF, UQTR, 2002

*Les énoncés suivants concernent vos expériences vécues lors de votre enfance et de votre adolescence. Elles sont toutes de nature personnelle, intime, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque énoncé, cochez le choix de réponse qui décrit le mieux comment vous vous sentez. Si vous choisissez de changer votre réponse, mettre un X et encerclez votre nouveau choix.*

|  | Jamais<br>vrai           | Rarement<br>vrai         | Quelques<br>fois vrai    | Souvent<br>vrai          | Très<br>souvent<br>vrai  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Quand j'étais jeune :</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| 1. Je n'avais pas suffisamment à manger.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mes parents étaient trop saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Je devais porter des vêtements sales.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Je me sentais aimé(e).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de la famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

marques.

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. J'étais puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Je pense que j'étais abusé(e) physiquement.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. J'avais une enfance parfaite.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Je sentais que quelqu'un dans la famille me haïssait.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé me forcer à le toucher ainsi.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. J'avais la meilleure famille du monde.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ma famille était une source de courage et de soutien.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **B.3**

#### **Entrevue d'attachement adulte**

## ENTREVUE

Dans notre projet de recherche, nous nous intéressons aux relations que les enfants développent avec leurs parents d'accueil. Dans ce contexte, une des choses que nous explorons touche ce que les parents d'accueil ont à dire à propos de leurs propres expériences d'enfance avec leurs parents et à propos de l'effet que ces expériences ont pu avoir sur ce qu'ils sont actuellement comme adultes. Je vais donc principalement vous poser des questions au sujet de vos parents et de votre jeune enfance, mais nous aborderons aussi les années qui ont suivi cette période ainsi que ce qui se passe maintenant.

C'est possible que vous trouviez certaines questions difficiles ou que vous vous sentiez triste à certains moments. N'hésitez pas à me le dire si vous préférez ne pas répondre à certaines questions. Habituellement, cette entrevue prend environ une heure, mais ça peut aller de 45 minutes à une heure et demie environ. Ça varie beaucoup selon les gens.

1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez un peu de votre situation familiale quand vous étiez petite?

1.1 -- Par exemple, où êtes-vous née?

1.2 -- Où avez-vous habité pendant votre enfance ?

1.3 -- Avez-vous déménagé souvent?

1.4 -- Qu'est-ce que vos parents faisaient pour vivre?

Si élevée par plusieurs personnes,

-- qui vous a surtout élevée?

1.5 -- Voyiez-vous beaucoup vos grands-parents quand vous étiez petite?

Si décédés pendant vie du sujet,

-- quel âge aviez-vous à ce moment-là ?

Si jamais rencontrés,

Sont-ils décédés avant votre naissance? Quel âge avait votre mère/votre père?  
Vvotre mère/père vous a-t-il/elle beaucoup parlé de ce grand-parent?

1.6 -- Aviez-vous des frères et soeurs qui vivaient à la maison, ou quelqu'un d'autre à part vos parents?

1.7 -- Maintenant, est-ce qu'ils vivent près de vous ou au loin?

2. J'aimerais que vous essayez de décrire la relation que vous aviez avec vos parents lorsque vous étiez enfant, aussi loin que possible, si vous pouvez vers 4-5 ans, ou du moins avant l'âge de 12 ans. Globalement, ça avait l'air de quoi?

-- Si vous pouviez me parler de votre père et de votre mère séparément, pouvez-vous m'en dire un peu plus?

Si réponse courte,

-- Comment ça se passait entre vous deux ?

3.1 Maintenant je vais vous demander de choisir 5 adjectifs, mots ou expressions qui reflètent votre relation avec votre mère dans votre enfance à partir d'aussi loin dont vous pouvez vous souvenir, mais disons, de 5 à 12 ans, c'est correct. Je sais que cela peut prendre un peu de temps, alors prenez le temps d'y penser... ensuite je vous demanderai pourquoi vous les avez choisis. Je vais écrire les mots pour ne pas les oublier.

Si moins de 5 mots,

-- auriez-vous un autre mot ?

Si après réflexion, toujours moins de 5 mots,

-- on va commencer par parler de ceux-là, et dites-le moi si d'autre chose vous vient à l'esprit plus tard

### 3.2 Pour chacun des adjectifs

Vous avez dit que votre relation avec votre mère était \_\_\_\_\_. Y a-t-il un souvenir ou un épisode spécifique que vous pourriez me raconter pour illustrer pourquoi vous avez choisi ce mot pour décrire la relation avec votre mère quand vous étiez petite, c'est-à-dire moins de 12 ans ?

Autre formulation pour varier pour les mots 2 à 5 :

Le xième mot que vous avez utilisé était .... Auriez-vous un souvenir, un événement qui est arrivé qui dirait pourquoi vous avez choisi ce mot-là pour décrire la relation quand vous étiez petite ?

Si le silence se prolonge,

-- prenez une autre minute et voyez si quelque chose vous vient à l'idée.

Et si le silence continue,

-- o.k., ça va, on va continuer avec le mot suivant.

Si l'adjectif est redéfini par un second adjectif, répéter le premier,

-- bien, pouvez-vous penser à un souvenir spécifique qui illustrerait que votre relation était (le premier mot dit)

Si la personne ne comprend pas ce qu'est un souvenir,

-- lui dire de penser à une image qu'ils ont en tête de quelque chose qui leur est arrivé quand ils étaient jeunes

Si événement raconté > 12 ans,

-- avez-vous un souvenir de cela quand vous étiez plus jeune ?

Si réponse de niveau sémantique, générale,

-- bien, c'est une bonne description générale, mais je me demande s'il y a quelque chose en particulier qui s'est passé, qui vous a fait penser que c'était ... ?

Si réponse donnée est encore générale,

-- l'accepter et continuer.

Si souvenir spécifique donné contient peu de détails et ne s'est pas produit avant 12 ans,

-- demander brièvement un deuxième souvenir.

exemples de sous-questions à utiliser pour faire élaborer davantage la personne si besoin est:

-- qu'est-ce qui est arrivé?

- quelle a été la première réaction de M et de P?
- était-ce une réaction habituelle?
- c'était comment pour vous?

#### 4. QUESTIONS IDENTIQUES POUR LE PÈRE

Attention : familiarité.

- 5.1. On en a déjà parlé un peu mais j'aimerais tout de même vous demander brièvement de quel parent vous vous sentiez le plus près quand vous étiez une petite fille? i.e. vers 4-5 ans? et pourquoi?
- 5.2. Qu'est-ce qui fait que vous n'aviez pas le même sentiment envers l'autre parent?

Définition personnelle de « contrariée ».

6. 1 Maintenant, quand vous étiez enfant et que vous étiez contrariée, qu'est-ce que vous faisiez?

Si la participante demande ce qu'on entend par contrariée,

--que vous ne « feeliez » pas, que ça allait mal, (réponse)

- 6.2 Quand vous étiez petite et que vous n'alliez pas bien émotivement ou que vous aviez de la peine, qu'est-ce que vous faisiez? (réponse)

Pouvez-vous vous souvenir d'une fois où c'est arrivé?

- 6.3 Pouvez-vous vous rappeler de ce qui se passait quand vous vous faisiez mal physiquement? (réponse).

Encore une fois, y a-t-il un incident spécifique qui vous vient à l'idée?

- 6.4 Avez-vous déjà été malade quand vous étiez petite? (réponse)

Vous souvenez-vous de ce qui se passait?

Vous rappelez-vous d'une fois en particulier ?

A la fin de ces 3 situations, si le sujet n'a pas mentionné avoir été tenu par le parent,

-- je me demandais, vous rappelez-vous que vos parents vous aient pris dans leurs bras une ou l'autre de ces fois -- je veux dire, quand vous étiez bouleversée ou blessée ou malade?

Vérifier pour les deux parents.

- 7.1 C'est quand la première fois dont vous vous souvenez avoir été séparé de vos parents?

Si jamais séparée

-- ça n'a pas besoin d'être une longue séparation ; ça peut être votre première journée à l'école, un séjour dans un camp de vacances ou des vacances que vos parents ont pris sans vous.

-- en dernier recours, parler d'un coucher chez un ami ou encore du fait d'avoir passé quelques jours chez un oncle ou une tante.

7.2 Comment c'était pour vous d'être séparée d'eux?

7.3 Vous souvenez-vous de comment c'était pour eux d'être séparés de vous?

7.4 Comment ça s'est passé à votre retour ?

7.5 Y a-t-il eu d'autres séparations dont vous vous souvenez?

8.1 Vous êtes-vous déjà sentie rejetée quand vous étiez un petit enfant?

Si réponse = non,

-- Évidemment quand vous repensez à cela maintenant, vous pouvez réaliser que ce n'était pas réellement du rejet, mais ce que j'essaie de vous demander ici, c'est si vous vous souvenez de vous être déjà sentie (insister sur sentie) rejetée dans l'enfance.

Si réponse spontanée concerne école,

-- Et dans votre famille, est-ce arrivé ?

8.2 Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes sentie comme cela la 1ère fois ?  
Qu'est-ce qui se passait pour que vous vous sentiez comme ça ?

Qu'est-ce que vous avez fait?

8.3 Pourquoi pensez-vous que votre père/mère agissait comme ça -- pensez-vous qu'il se rendait compte qu'il vous rejetait?

Que la réponse à 8.1 ait été « oui » ou « non »,

8.4a Vous êtes-vous déjà sentie mise de côté ou ignorée?

8.4b Avez-vous déjà senti que vos parents ignoraient vos besoins physiques ou qu'ils les négligeaient ?

8.5 Vous êtes-vous déjà sentie effrayée ou inquiète quand vous étiez enfant?

En avez-vous parlé à vos parents ?

Comment ont-ils réagi ?

Si ne comprend pas la question,

-- c'est simplement une question plus générale. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir très peur ou d'être

inquiète quand vous étiez jeune ? En avez-vous parlé à vos parents ?  
Comment ont-ils réagi ?



Si demande « en général ou par rapport aux parents ? »,

-- je pose la question surtout en rapport avec votre relation avec vos parents mais ça pourrait être une peur plus générale aussi.

9. Vos parents vous ont-ils déjà menacé, soit pour des questions de discipline, soit en blague? (réponse)
9. Certaines des personnes nous ont dit par exemple que leurs parents les menaçaient de les laisser, de les renvoyer de la maison ou encore de les placer dans un pensionnat ou dans une autre famille. Est-ce que cela vous est arrivé ? (réponse)
9. Certaines personnes nous ont dit que leurs parents utilisaient le traitement du silence avec elles. Est-ce que cela vous est déjà arrivé avec vos parents ?
9. D'autres ont des souvenirs de menaces ou d'une autre sorte de comportement qui était abusif physiquement. Est-ce quelque chose comme cela vous est déjà arrivé à vous ou dans votre famille?

Si oui,

- Quel âge aviez-vous à ce moment-là?
  - Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur ce qui s'est produit ou sur la façon dont ça se passait ? (si nécessaire)
  - Est-ce que ça arrivait souvent?
  - Est-ce que ç'a duré longtemps ? (si pas déjà mentionné)
  - est-ce que ça laissait parfois des marques sur votre corps ? (si pas mentionné)
  - est-ce que ça vous faisait peur ? (si pas mentionné)
  - Pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant comme adulte?
  - Est-ce que cela influence votre approche envers Y ? (l'enfant qui participe à l'étude)
- 9a. Vous rappelez-vous d'avoir été frappée quand vous étiez enfant ?
- Personne ne vous a donné la fessée en tant que moyen de discipline ?

Si oui,

- âge ?
  - fréquence ?
- 9b. Certaines personnes ont des souvenirs d'une sorte quelconque de comportement sexuel.
- est-ce que quelqu'un dans votre famille ou quelqu'un plus vieux que vous a déjà essayé de faire quelque chose de sexuel avec vous ?
  - quel âge aviez-vous à ce moment-là ?
  - est-ce que ça arrivait souvent ?

-- pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant que vous êtes adulte ? Si oui, de quelle façon ?

-- pensez-vous que ça influence votre approche avec votre enfant ?

9. Avez-vous eu de telles expériences impliquant des personnes extérieures à votre famille?

-- Si oui, mêmes sous-questions que ci-haut (âge, fréquence, effets)

9. A part ce dont nous avons parlé, avez-vous des souvenirs qui vous amènent à penser que vous pourriez avoir été abusée sexuellement même si vous n'en êtes pas sûre ? Pourriez-vous décrire ces souvenirs ?

### ATTENTION :

Si X a mentionné au début avoir été abusée (ou autre mot) et qu'elle n'y revient pas ici,

-- tout à l'heure vous m'avez dit que vous aviez été abusée (ou autre mot) par ....  
Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

-- recommencer les questions.

10.1 En général, comment pensez-vous que l'ensemble de vos expériences avec vos parents, dont on s'est parlé depuis le début de l'entrevue, ont affecté votre personnalité comme adulte ?

Si dernière partie non comprise, dire

-- comment elles ont affecté la personne que vous êtes devenue?

10.2 Est-ce qu'il y a des aspects de ces premières expériences avec vos parents qui vous ont influencé négativement dans votre développement?

Si question non comprise,

-- ce que vous avez vécu avec vos parents, est-ce que vous pensez que ça a nui à ce que vous êtes devenue ?

Réponse= oui et la personne a donné des exemples,

Est-ce qu'il y a d'autres aspects de vos premières expériences qui pourraient vous avoir empêchée de progresser? Vous avoir mis des bâtons dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que vous êtes devenue?

Réponse= non,

-- Est-ce qu'il y a quoi que ce soit au sujet de vos expériences d'enfance qui pourrait, d'après vous, vous avoir empêchée de progresser? Vous avoir mis des bâtons dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que vous êtes devenue?

Si X dit avoir déjà répondu à cela,

-- Pour la forme, pouvez-vous quand même me dire si vous considérez que ce que vous avez vécu avec vos parents, ça a nui à ce que vous êtes devenue ?

11. Pourquoi pensez-vous que vos parents se sont conduits comme ils l'ont fait pendant votre enfance?

Si réponse n'implique que le comportement d'un parent envers l'autre,

-- pourquoi pensez-vous qu'ils se sont conduits envers vous comme ils l'ont fait pendant votre enfance ?

12.1 Quand vous étiez enfant, y avait-il d'autres adultes dont vous vous sentiez près, qui étaient comme des parents pour vous?

12.2 Ou n'importe quels autres adultes qui étaient vraiment très importants, même s'ils n'étaient pas comme des parents pour vous?

Sous-questions :

-- vous aviez quel âge, à ce moment-là ?

-- vivaient-ils avec vous ?

-- est-ce qu'ils prenaient soin de vous ?

-- à quel point étaient-ils importants pour vous ?

13. Est-ce que vous avez vécu la perte d'un parent, d'un membre de votre famille ou d'autres personnes dont vous vous sentiez proche quand vous étiez petite?

13.1 Quel âge aviez-vous à ce moment-là ?

13.2 Pouvez-vous me parler des circonstances?

13.3 Est-ce que c'était une mort subite ou prévue ?

13.4 Comment avez-vous réagi à ce moment-là?

13.5 Vous rappelez-vous de vos sentiments à ce moment-là?

13.6 Vos sentiments à propos de cette mort, ont-ils beaucoup changé au cours des années?

13.7 Si non déjà mentionné,

Etes-vous allée au salon funéraire? aux funérailles? Comment c'était pour vous?

13.8 Pour perte de parent ou fratrie,

quel a été l'effet sur votre autre parent et sur la maisonnée, et comment cela a-t-il changé avec les années?

13.9 Diriez-vous que cette perte a eu un effet sur votre personnalité adulte?

13.10 Comment est-ce que ça affecte votre approche envers vos enfants ?

13a Avez-vous perdu d'autres personnes importantes durant votre enfance?

-- si oui, recommencer la même série de questions (i.e. 13.1 à 13.10).

- 13b Avez-vous perdu d'autres personnes significatives pour vous, depuis que vous êtes adulte ou même à l'adolescence?

-- si oui, répéter la série de questions.

Si X a mentionné au début le décès d'un grand-parent, d'un parent, d'un frère ou d'une personne significative pour elle et qu'elle n'y revient pas à la question 13,

-- quand on a parlé de ....., vous avez mentionné le décès de ..... Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? et recommencer les questions.

14. A part des expériences difficiles que vous avez déjà décrites, avez-vous eu d'autres expériences que vous considérez comme ayant pu vous traumatiser ?

Si nécessaire,

-- Je veux dire, n'importe quelle expérience qui vous a terrifiée et qui vous a marquée.

15. J'aimerais vous poser quelques questions de plus au sujet de votre relation avec vos parents. Y a-t-il eu plusieurs changements dans la relation entre vous et vos parents (ou le parent restant) après votre enfance? Tout à l'heure, on va passer à la période actuelle, mais pour le moment je veux dire des changements qui se seraient produits entre votre enfance et l'âge adulte?

Autre formulation :

-- Je veux dire des choses qui ont changé entre votre enfance et l'âge adulte ?

- 16.1 Comment vous décririez votre relation avec vos parents (ou le parent restant) maintenant que vous êtes adulte? Ma question porte donc sur votre relation actuelle.

- 16.2 Avez-vous beaucoup de contacts avec vos parents actuellement?

- 16.3 D'après vous, à quoi votre relation ressemble-t-elle en ce moment?

- 16.4 Pourriez-vous me parler de sources d'insatisfaction dans votre relation actuelle avec votre mère?

Avec votre père ?

- 16.3 Pouvez-vous me parler de sources de satisfaction dans votre relation actuelle avec votre mère?

- 16.4 Avec votre père ?

- 17.1 Je vais maintenant passer à une sorte différente de question, qui ne concerne pas votre relation avec vos parents. Ca concerne plutôt un aspect de votre relation actuelle avec Y. Comment vous sentez-vous quand vous devez vous séparer de lui ?

17.2 Est-ce qu'il vous arrive de vous inquiéter pour Y ?

18. Si vous aviez trois souhaits à faire pour Y dans 20 ans, ce serait quoi? (pause)

Je pense entre autres à la sorte d'avenir que vous aimeriez qu'il ait. Vous pouvez prendre un couple de minutes pour y penser.

19. Y a-t-il une chose particulière que vous pensez avoir apprise à partir de vos expériences d'enfance? Je pense ici à quelque chose que vous pensez que vous pourriez avoir acquis ou gagné à partir de la sorte d'enfance que vous avez eue?

Autre formulation : Première partie telle quelle. Puis :

A.d. qu'est-ce que vous reprenez de la sorte d'enfance que vous avez eue ?

20. On a parlé beaucoup du passé dans cette entrevue, mais j'aimerais terminer en projetant plutôt dans le futur. On vient juste de parler de ce que vous pensez avoir appris de vos expériences dans l'enfance. J'aimerais terminer en vous demandant ce que vous espérez que Y pourrait apprendre de ses expériences d'avoir été gardé par vous ?

Si non compris :

– que voudriez-vous qu'il retienne ou qu'il retire du fait d'avoir été gardé par vous ?

### CONCLUSION :

Ça fait le tour des questions que je voulais vous poser. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?

Ce n'est pas des questions auxquelles on pense à tous les jours; j'apprécie que vous ayez accepté d'y répondre. Si jamais vous avez besoin de communiquer avec moi, vous pouvez me rejoindre à xxx.

En tout temps, en cas de détresse:

Je sens que c'est très difficile pour vous d'en parler ; préférez-vous qu'on arrête ici pour cette question ?

**B.4**

**Hostile/Helpless indicators**

### Hostile/Helpless indicators

Seven of these indicators (marked with an asterisk) are weighed more heavily in assigning a rating of the HH scale (Lyons-Ruth et al., 1995-2005):

- 1) Global devaluation of a hostile caregiver\*: The subject uses language that demonstrates that he/she has negative representations of the caregiver in the past as well as in the present. The attachment figure is seen as globally malevolent.
- 2) Identification with a hostile caregiver\*: A negative evaluation is made toward the caregiver and at the same time, the subject accepts similarities with the caregiver, or reports being close to him/her.
- 3) References to caregiver as helpless/abdicating in their parental role: The caregiver is described as helpless, anxious, frightened or abdicating his parental role. This indicator shows that the subject was negatively affected by the parent's helplessness.
- 4) Identification with a helpless caregiver: The subject describes the caregiver as being helpless, and describes having something in common, acting similarly, or being close to the caregiver.
- 5) Denial of abuse: The subject refers to adverse or traumatic experiences and denies their psychological and/or physical impact on the self by reworking these experiences.
- 6) Indicators of an invulnerable stance: The subject displays a defensive posture when talking about vulnerabilities.
- 7) Recurrent references to fearful affect\*: The subject explicitly reports being afraid in the present or in the past.
- 8) Sense of special badness or unworthiness\*: The subject has internalized feelings of being unworthy, feeling guilty, responsible for certain events, deserving to be treated without respect or not being worthy of positive

attention. This code reflects the subject's constant need to preserve a positive image of the caregiver by blaming oneself.

- 9) **Laughter at pain\***: This indicator is coded when the subject laughs at anecdotes where he/she describes being in physical or psychological distress. Laughter at one's pain is considered a defense mechanism to discredit childhood experiences when he/she was vulnerable.
- 10) **Ruptured attachments in adulthood\***: This is coded when the subject reports having no contact with one or more immediate family members (nuclear family) either following a personal decision or coming from a family member.
- 11) **Blocking out**: This code is applied when the subject makes an active attempt to suppress overwhelming fearful childhood experiences.
- 12) **Controlling-punitive behavior in childhood\***: The subject reports adopting in childhood punitive or dominating behavior toward a caregiver or intentionally trying to physically hurt him/her.
- 13) **Caregiving stance toward caregiver in childhood**: This indicator is similar to the previous one, but refers to situations where the subject was helping, caring, protecting or adopting any other parental behavior with the caregiver to manage helpless or abdicating parent.
- 14) **Caregiving stance in adulthood (participant older than 16)**: This is coded whenever the subject refers to caregiving behaviors towards an attachment figure in adulthood.
- 15) **Vivid unreflected-upon imagery**: The subject describes particularly vivid anecdotes from the past, with specific detail that may be of a sensory nature. These anecdotes may evoke strong emotional responses in the reader, but the subject is unable to describe his/her feelings.
- 16) **Affect-driven confused speech**: The subject's discourse combines one or more of the following indications of disorientation: confusions of persons, confused syntax, incomprehensible or vague references, long pauses, or sentence fragments. These occur around themes of difficult experiences that may



involve personal vulnerability, illness, abandonment, loss, or psychologically threatening experiences.

**B.5**

**Questionnaire socio-démographique**

## **QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE**

### **A) COMPOSITION ACTUELLE DE LA FAMILLE**

1. Famille biparentale : \_\_\_\_\_ OUI

☐ Même couple depuis la naissance du premier enfant

☐ Famille reconstituée (en couple depuis \_\_\_\_\_)

**OU**

Famille monoparentale : \_\_\_\_\_ OUI

Y a-t-il parfois une présence masculine à la maison?

☐ Oui      lien avec le répondant : \_\_\_\_\_

☐      Fréquente la maison régulièrement

☐      Fréquente la maison occasionnellement

Depuis \_\_\_\_\_

☐ Non

2. Inscrire les initiales, le sexe et l'âge de tous les enfants (*y compris ceux actuellement placés en famille d'accueil*) ainsi que de tous les adultes qui vivent actuellement au domicile familial.

| Initiales | Sexe | Âge | Lien avec le répondant | Initiales père et mère | Si placé en F.A., depuis: |
|-----------|------|-----|------------------------|------------------------|---------------------------|
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |
|           |      |     |                        |                        |                           |

3. Veuillez répondre à cette partie seulement si le père de l'enfant ne vit pas avec vous.

- a) Depuis combien de temps êtes-vous séparée ou divorcée du père de l'enfant? \_\_\_\_\_
- b) L'enfant a-t-il des contacts avec son père? \_\_\_\_\_  
Si oui, à quelle fréquence le voit-il (ex : 1 fois/mois, 2 jours/semaine, etc.)

Avez-vous des contacts avec le père de l'enfant? \_\_\_\_\_

Si oui, comment qualifieriez-vous la relation entre vous et le père de l'enfant (cochez l'une des cases suivantes) :

- ☐ Très bonne
- ☐ Assez bonne
- ☐ Neutre/indifférente
- ☐ Un peu difficile
- ☐ Très difficile/conflictuelle

d) Avez-vous des conflits avec le père de l'enfant au sujet de la garde de l'enfant?

## B) SCOLARISATION, EMPLOI ET REVENU FAMILIAL

### 4. ENCERCLEZ LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION GÉNÉRALE TERMINÉE

Années complétées (ou équivalence) :

| Mère   | Père biologique  | Conjoint<br>(si différent du<br>père biologique)          |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaire 1 2 3 4 5 6          | <input type="checkbox"/> Primaire 1 2 3 4 5 6          | <input type="checkbox"/> Primaire 1 2 3<br>4 5 6          |
| <input type="checkbox"/> Secondaire 1 2 3 4 5          | <input type="checkbox"/> Secondaire 1 2 3 4 5          | <input type="checkbox"/> Secondaire 1 2<br>3 4 5          |
| <input type="checkbox"/> Collégial 1 2 3               | <input type="checkbox"/> Collégial 1 2 3               | <input type="checkbox"/> Collégial 1 2 3                  |
| <input type="checkbox"/> Universitaire 1 2 3 3 et plus | <input type="checkbox"/> Universitaire 1 2 3 3 et plus | <input type="checkbox"/> Universitaire 1<br>2 3 3 et plus |

Dernier diplôme obtenu :

| Mère   | Père biologique  | Conjoint<br>(si différent du<br>père biologique)          |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formation générale            | <input type="checkbox"/> Formation générale            | <input type="checkbox"/> Formation<br>générale            |
| <input type="checkbox"/> DEP (études professionnelles) | <input type="checkbox"/> DEP (études professionnelles) | <input type="checkbox"/> DEP (études<br>professionnelles) |
| <input type="checkbox"/> DEC (études collégiales)      | <input type="checkbox"/> DEC (études collégiales)      | <input type="checkbox"/> DEC (études<br>collégiales)      |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                 | <input type="checkbox"/> Autre : _____                 | <input type="checkbox"/> Autre : _____                    |

5. Avez-vous fréquenté une classe spéciale? Spécifiez :

---

6. Avez-vous actuellement des difficultés à lire ou écrire?

---

7. Situation d'emploi

Mère

Conjoint

(qui demeure à la  
maison)

▪ Occupation- Emploi

---



---

▪ depuis:

---



---

▪ Régulier/Occasionnel:

---



---

▪ heures/semaine:

---



---

|                                 |                          |                                       |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 8. Sources de revenu familial : | Mère                     | Conjoint<br>(qui demeure à la maison) |
| ▪ Revenu du travail             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| ▪ Assurance chômage             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| ▪ Aide sociale                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| ▪ Pension alimentaire           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| ▪ Allocations familiales        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| ▪ Autres _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

9. Revenu familial annuel brut, tenant compte de toutes les sources de revenu

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> moins de 10 000 \$    | <input type="checkbox"/> 35 000 \$ à 40 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 10 000 \$ à 15 000 \$ | <input type="checkbox"/> 40 000 \$ à 45 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 15 000 \$ à 20 000 \$ | <input type="checkbox"/> 45 000 \$ à 50 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000 \$ à 25 000 \$ | <input type="checkbox"/> 50 000 \$ à 55 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 25 000 \$ à 30 000 \$ | <input type="checkbox"/> 55 000 \$ et plus     |
| <input type="checkbox"/> 30 000 \$ à 35 000 \$ |  |

10. Nombre de pièces que compte le logement actuel \_\_\_\_\_

11. Êtes-vous propriétaire ou locataire? \_\_\_\_\_

### C) AUTRES INFORMATIONS

15. Âge de la mère à la naissance du 1<sup>er</sup> enfant : \_\_\_\_\_

16. **Modifications dans la composition du couple parental (relations amoureuses) depuis la naissance du premier enfant.**

Catégories attribuées aux différentes situations parentales, le point de référence étant la personne interviewée, soit la mère.

- A. Père biologique de l'enfant
- B. Personne ayant cohabité avec la mère et l'enfant (autre que parent biologique)
- C. Personne n'ayant pas cohabité de façon officielle avec le parent et les enfants mais souvent présente auprès d'eux de façon significative pour la personne interviewée

*À partir de la naissance de l'enfant-cible, attribuez, s'il y a lieu, un numéro aux conjoints successifs, indiquez à quelle catégorie ils appartiennent et indiquez séquentiellement vers quelle date la situation de couple (ou de monoparentalité) a débuté.*

| Date (de.....à) | Initiales | No    | Catégorie<br>(A, B, C) |
|-----------------|-----------|-------|------------------------|
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |
| _____           | _____     | _____ | _____                  |

17. À quelle fréquence voyez-vous ces personnes?

|  | Jamais | Rarement | Occas. | Rég.  |
|--|--------|----------|--------|-------|
| Parenté  | _____  | _____    | _____  | _____ |
| Voisins  | _____  | _____    | _____  | _____ |
| Amis   | _____  | _____    | _____  | _____ |
| Professionnels (ex. médecin,<br>travailleur social, intervenant CLSC,<br>psychologue, infirmière...) | _____  | _____    | _____  | _____ |



**RÉFÉRENCES**  
**(Introduction et Discussion générale)**

## RÉFÉRENCES

### (Introduction générale et Discussion générale)

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 328-333.
- Agence de santé publique du Canada. (2008). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*.
- Association des centres jeunesse du Québec (2015). Retrieved from <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/publications/BilanDPJ/BilanDPJ2014-2015.pdf>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Barnett, D., Manly, J., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Barrett, M. L., Berney, T. P., Bhate, S., Famuyiwa, O. O., Fundudis, T., Kolvin, I., & Tyrer, S. (1991). Diagnosing childhood depression: Who should be interviewed—Parent or child? The Newcastle Child Depression Project. *British Journal of Psychiatry*, 159, 22–27.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment : A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.

- Benoit, D., & Coolbear, J. (2008). Abuse, neglect, and maltreatment of infants. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*, vol. 1, 1-11.
- Benoit, D., Madigan, S., Lecce, S., Shea, B., & Goldberg, S. (2001). Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 611-626.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82(1), 162-176.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. Manual. Chicago, IL: The Psychological Corporation.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69, 1171-1197.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience : A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98.
- Brière, J. (2002). *Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., Moffitt, T. E., Nagin, D. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., Loeber, R., Lynam, D. R., Pettit, G. S., & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency : A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Chambers, H., Amos, J., Allison, S., & Roeger, L. (2006). Parent and child therapy: An attachment-based intervention for children with challenging problems. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 68-74.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for child development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96-118.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32-71). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 799-817.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13, 783-804.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental pathway perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.

- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation, 2nd ed*, (pp. 129-201). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Collishaw, S., Dunn, J., O'Connor, T. G., Golding, J., & The Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. (2007). Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Development and Psychopathology, 19*, 367-383.
- Coohey, C., & Braun, N. (1997). Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse and Neglect, 21*(11), 1081-1095.
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., & Su, M. (1999). Neighborhoods and child maltreatment: A multi-level study. *Child Abuse & Neglect, 23*(11), 1019-1040.
- Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development, 27*(3), 201-218.
- Cyr, C., Michel, G., & Dumais, M. (2013). Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention. *International Journal of Psychology, 48*(2), 141-148.
- DeKlyen, M. (1996). Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns: A comparison of clinic-referred and normally functioning preschoolers and their mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 357-365.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment: Pt. II. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 46*(1), 58-68.

- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviors of parents abused as children : A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 58-68.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., & Moss, E. (2011). Attachment behavior and mother-child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: A longitudinal study. *Attachment & Human Development*, 13(4), 335-357.
- Duffy, J. Y., Hughes, M., Asnes, A. G., & Leventhal, J. M. (2015). Child maltreatment and risk patterns among participants in a child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 44, 184-193.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870.
- Éthier, L. S., Lemelin, J-P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children : Preliminary findings. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the national institute of child health and human development study of early child care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159-1175.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9(3), 21-32.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 617-630.

- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery : A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.
- Frigerio, A., Costantino, E., Ceppi, E., & Barone, L. (2013). Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: Comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment & Human Development*, 15(4), 424-442.
- Furber, G., Amos, J., Segal, L., & Kasprzak, A. (2013). Outcomes of therapy in high risk mother-child dyads in which there is active maltreatment and severely disturbed child behaviors. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 12(2), 84-99.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood Mood Disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (2nd ed.)* (pp. 233-278). New York, NY: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretation. *Development and Psychotherapy*, 18(2), 309-343.
- Hoglend, P. (2003). Long-term effects of brief psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13(3), 271-292.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. New York, NY: Palgrave MacMillan.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 341-354.
- Korbin, J. E., Coulton, C. J., Chard, S., Platt-Houston, C., & Su, M. (1998). Impoverishment and child maltreatment in African American and European American neighborhoods. *Development and Psychopathology*, 10(2), 215-233.

- Li, F., & Godinet, M. T. (2014). The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence. *Children and Youth Services Review*, 36, 22-29.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P. & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Lynch, M. & Cicchetti, D. (2002). Links between community violence and the family system : Evidence from children's feelings of relatedness and perceptions of parent behavior. *Family Process*, 41(3), 519-532.
- Lyons-Ruth, K., Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relation among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., Sherry, S., & Llanas, L. (2004). Hostile-helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 65-94). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Yellin, C., & Atwood, G. (1995 – 2005). *Pervasively unintegrated/hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview (Unpublished coding manual)*. Cambridge, MA: Harvard Medical School.



- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318-335.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1042-1050.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Interview scoring and classification manual. Unpublished manual*. Berkley: University of California, Department of Psychology.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosh, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- McGee, R., Wolfe, D., & Wilson, S. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9, 131-149.
- Melnick, S., Finger, B., Hans, S., Patrick, M., & Lyons-Ruth, K. (2008). Hostile-Helpless states of mind in the AAI : A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp. 399-426). New York, NY: The Guilford Press.
- Miller, B. V., Fox, B. R., & Garcia-Beckwith, L. (1999). Intervening in severe physical child abuse cases. *Child Abuse and Neglect*, 23(9), 905-914.

- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsy, G., Lemelin, J.-P., & Éthier, L. S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse and Neglect*, 38(8), 1351-1357.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moss, E., Bureau, J-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology*, 40(3), 323-334.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development & Psychopathology*, 18, 425-444.
- Nikulina, V., Spatz Widom, C., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 48, 309-321.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47(4), 193– 219.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1439-1461.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.

- Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. M. (2005). The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 577-588.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W. J. M., Jansen, P. W., Ringoot, A. P., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Ayer, L., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., & Tiemeier, H. (2014). Maternal childhood maltreatment and offspring emotional and behavioral problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission. *Child Maltreatment*, 19(2), 67-78.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Shaw, D. S., Winslow, E. B., & Flanagan, C. (1999). A prospective study of the effects of marital status and family relations on young children's adjustment among African American and European American Families. *Child Development*, 70(3), 742-755.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30, 497-522.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., & Kim, J. (2002). Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 487-500.
- Walker, M. (1999). The intergenerational transmission of trauma: The effects of abuse on the survivor's relationship with their children and on the children themselves. *The European Journal of Psychotherapy*, 2(3), 281-296.
- World Health Organization (2002). World report on violence and health. Retrieved from [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/)

Zajac, K., & Kobak, R. (2009). Caregiver unresolved loss and abuse and child behavior problems: Intergenerational effects in a high-risk sample. *Development and Psychopathology*, 21, 173-187.